

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 4 mai 1899, à 1 heure

Par PAUL MACREZ

Né à Clermont (Oise), le 6 juillet 1869

Ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de l'hôpital Boucicaut

Médaille de bronze de l'Assistance publique

DES

TUMEURS PAPILLAIRES

DE LA TROMPE DE FALLOPE

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. BROUARDEL, professeur.

REMY,
ALBARRAN, } *agregés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	N...
Clinique médicale.....	CHANTEMESSE.
Clinique des maladies des enfants.....	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	HAYEM.
Clinique des maladies nerveuses.....	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.....	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.....	FOURNIER.
Clinique des voies urinaires.....	JOFFROY.
Clinique d'accouchement.....	RAYMOND.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
	PANAS.
	GUYON.
	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRE.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (André).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*J'offre ce travail comme un bien
faible témoignage de ma profonde
reconnaissance.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer cette année, avec notre maître, M. le D^r Doléris, une tumeur papillaire développée dans une trompe de Fallope. Faisant quelques recherches bibliographiques à ce sujet, nous avons été surpris de voir le peu de place qu'on donne à la description de cette espèce de tumeur.

Les tumeurs papillaires de la trompe ne sont, en effet, que mentionnées dans les traités de gynécologie aux chapitres « papillomes de la trompe, cancer primitif de la trompe ». On les cite comme une rareté ou on doute de leur existence. M. Pozzi, dans son *Traité de gynécologie*, recommande de ne pas « confondre les *papillomes* et l'*hypertrophie folliculaire des plis de la muqueuse tubaire*.

L'aspect macroscopique des pièces où l'on voit un véritable chou-fleur émerger de la trompe incisée, où quelques papillomes sont pédiculés, suspendus à un fil ténu, la disposition microscopique des éléments qu'on y rencontre indiquent nettement la présence d'une tumeur réelle et non d'une muqueuse dont l'inflammation chronique aurait déterminé l'hypertrophie des replis.

Certains auteurs ont signalé dans les trompes malades la présence de petites excroissances du volume d'un pois. Ces excroissances isolées ont été considérées par eux comme une production fortuite, développée dans un kyste tubaire.

Jamais il n'est venu à l'esprit que ces végétations pouvaient avoir une entité morbide.

Il a fallu — pour que leur étude soit entreprise — que le hasard de la clinique présentât à la vue une trompe bourrée de végétations et que, frappé du développement excessif de ces végétations, on ne pût croire à une production insignifiante ni à une hypertrophie plus ou moins grande de la muqueuse tubaire. Alban Doran a commencé à étudier ces tumeurs en voyant la pièce opérée par Spencer Wells en 1879. « Voici le seul cas, dit Spencer Wells dans son ouvrage, en 1883, de tumeur papillomateuse que j'ai jamais enlevée. »

Les tumeurs papillaires de la trompe existent donc réellement. En voyant une pièce, on ne doute pas. On a loin de soi la pensée de l'hypertrophie des plis de la muqueuse. On a des comparaisons à donner qui valent ce que valent les comparaisons en cette matière, mais qui montrent bien qu'on se fait une idée tout autre. On pense à une masse en forme de chou-fleur — à une corne d'abondance (Bland Sutton) d'où s'échapperaient des végétations — à des papillomes des organes génitaux externes — à une môle hydatiforme (Bland Sutton).

Enfin certains papillomes ont leur pédicule rompu, nagent dans le liquide de la trompe kystique : ce fait montre pour sa part que l'on est bien en présence d'une végétation.

On se demande alors, du moment où cette tumeur n'est pas une vue de l'esprit, pourquoi elle est si rare, et on pense qu'en effet elle doit être rangée au rang des curiosités anatomopathologiques. Il n'est pas douteux que les tumeurs papillaires très développées, arborescentes presque, comme celles décrites par Alban Doran, Doléris... sont rares. Mais il en est de plus petites, pouvant passer inaperçues ; il en est

qui, comme des grains semés sur la muqueuse, donnent à celle-ci l'aspect velvétique. Ces petites tumeurs, au début de leur croissance, peuvent d'autant mieux ne pas être vues que l'attention n'est pas attirée sur elles ; mais nous croyons qu'elles ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le penser tout d'abord.

Ces tumeurs, qui ont l'aspect extérieur de papillomes, sont-elles des papillomes ? Un travail antérieur, auquel M. Doléris a bien voulu nous associer, étudie spécialement le côté clinique de ces végétations. Des examens histologiques ont été, depuis lors, repris plusieurs fois, étudiés, vus par divers anatomopathologistes ; et si, primitivement, nous donnions le nom de papillome à cette tumeur, nous nous réservons aujourd'hui sur leur appellation. D'ailleurs qu'on les appelle papillome de la trompe — papillome endo-salpingitique (terme qui sous-entend une inflammation récente ou ancienne de la trompe) — papillome intra-tubaire ou salpingien — peu importe. Bland Sutton les décrit sous le nom d'adénome. Pour cet auteur, adénome et papillome désignent certainement la même tumeur puisque, dans son ouvrage, comparant une des pièces à l'une des pièces d'Alban Doran il dit : « Le cas diffère de celui d'Alban Doran en ce qu'il contient une plus grande proportion de stroma. »

Il y a donc là une question de dénomination fort délicate à trancher avant d'avoir étudié l'histologie de la tumeur ; aussi pour ne rien préjuger de sa nature, nous bornerons-nous à l'appeler tumeur papillaire, ce terme s'adressant aux tumeurs dites bénignes dont nous nous occupons particulièrement, et aux tumeurs malignes que nous signalerons chemin faisant.

Nous avons ici surtout en vue l'étude des tumeurs papillaires développées dans l'intérieur de la trompe de Fallope. Nous ne parlerons pas des végétations que l'on peut rencontrer à la surface péritonéale de celle-ci. Nous ne décrirons que les tumeurs primitivement développées dans les trompes, laissant de côté celles qui se sont greffées dans ces conduits soit par voie ascendante, c'est-à-dire de l'utérus vers l'ovaire, soit par voie descendante, de l'ovaire vers l'utérus.

Notre sujet est donc ainsi bien délimité : *il n'a trait qu'aux tumeurs papillaires primitives intra-tubaires.*

Après un court historique, nous étudierons dans un premier chapitre la morphologie et la structure de ces tumeurs.

Un second aura trait à la symptomatologie ; nous insisterons surtout sur un fait clinique particulier : l'Hydrops tubæ profluens, l'écoulement liquide se faisant soit par la voie utéro-vaginale, soit dans la cavité péritonéale.

Dans un 3^e chapitre, nous essaierons de mettre au point leur nature exacte.

Nous donnons en détail les 9 observations que nous avons pu recueillir ayant trait aux tumeurs bénignes. Ces observations sont suivies d'un tableau récapitulatif. Dans un tableau semblable, relevé d'après Alban Doran, nous publions les 24 cas connus d'épithéliomas primitifs de la trompe de Fallope. Dans chacun de ces tableaux et dans un index bibliographique, on trouvera les renseignements concernant ces tumeurs.

Toutefois, — nous le disons dès maintenant — nous ne pouvons nous empêcher de faire des réserves sur ce sujet, étant donné le peu de cas qu'il nous a été permis d'étudier pièces en mains (3 dont 1 personnel).

Mais avant d'entrer en matière, nous voulons remercier les maîtres qui nous ont appris la médecine et guidé au lit du malade.

Pendant les dix années que nous avons passées dans les hôpitaux, comme stagiaire, externe, et interne, nous avons rencontré des maîtres qui, par leur enseignement, leur expérience, leur science, nous ont appris à nous rendre compte que la médecine est un art difficile et qu'à côté de la maladie, il y a le malade. Pour leurs conseils de chaque jour, leurs leçons au lit du malade, la grande initiative qu'ils nous ont donnée dans leur service, nous leur témoignons ici toute notre gratitude. M. le D^r Tapret fut pour nous plus qu'un maître, nous lui devons beaucoup, — trop pour que jamais nous puissions nous acquitter envers lui de notre dette de reconnaissance. M. le D^r Doléris sait qu'il peut être assuré de notre entier dévouement.

Que mes maîtres pendant l'internat (1895-1899) : MM. les D^{rs} Muselier (Hôpital la Pitié) — Hallopeau (Hôpital St-Louis) — Tapret (Lariboisière) — Blum (St-Antoine) — Doléris (Maternité Hôpital Boucicaut) — Aud'houi — Siredey (Internat provisoire, 1894) :

Que mes maîtres pendant l'externat et le stage : M. le professeur Guyon (Hôpital Necker) — MM. les D^{rs} Jules Simon (Hôpital des Enfants-Malades) — Desnos (Charité) — MM. les professeurs agrégés Albarran — Legueu — Varnier — Faure — MM. les D^{rs} Arrou — Florand — Galliard — Villemain — Baudron — Courtois-Suffit — Londe — Reblaud,

Veuillent bien recevoir l'expression de ma reconnaissance et mes sincères remerciements.

Je remercie vivement mes amis les Docteurs Macaigne et

Bourges pour leurs conseils anatomo-pathologiques et leur avis sur cette question délicate des tumeurs papillaires de la trompe.— M. F. Devé, interne des hôpitaux, a dessiné avec talent et netteté plusieurs planches : il connaît ma vieille amitié pour lui.

Je tiens à adresser l'expression de ma gratitude à M. le Dr Alban Doran, chirurgien à « the Samaritan free hospital » de Londres, qui m'a permis de puiser dans ses œuvres les précieux éléments rassemblés par lui sur le sujet qui fait l'objet de ce travail.

M. le professeur Guyon, qui a bien voulu me faire l'honneur de m'accorder une place de stagiaire et d'externe dans son magnifique service, me fait aujourd'hui celui de présider ma thèse. Je ne saurais trop le remercier. Toute ma reconnaissance lui est acquise.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les tumeurs papillaires de la trompe ont été certainement observées avant la publication d'Alban Doran en 1879, bien qu'on n'en trouve pas de relation. C'est donc à cet auteur qu'il faut rapporter le mérite d'avoir attiré l'attention à leur sujet et d'avoir nettement déclaré qu'il existait des tumeurs papillaires salpingiennes à marche bénigne, appelées par lui papillomes. M. Doléris en publia le 2^e cas connu. Puis divers auteurs se sont, à la rencontre de semblables tumeurs, livrés à des recherches personnelles et aujourd'hui la question est à peu près élucidée. Bland Sutton étudie, sous le nom d'adénome, la tumeur bénigne de la trompe. Les recherches d'Eberth et Kaltenbach, de Landau et Rheinstein, de Fearn, etc... apportent leur appoint à cette question et, grâce à leurs travaux, on peut affirmer l'existence de l'épithélioma primitif de la trompe. Churchill avait signalé la possibilité de celui-ci : il cite à ce sujet Capuron, Nauche (1829), Lee. Dans leurs ouvrages, de Sinéty n'en parle pas — Schröder le nie en ces termes : « Le carcinome de la trompe n'est jamais primitif, il n'est que le résultat d'une métastase ». — Courty n'en fait pas mention — Follin et Duplay n'y croient pas. — Orthmann le premier signale un cas de cancer primitif de la trompe, cas dû à Auguste Martin. Après lui, Alban Doran en étudie un autre.

Dans leurs traités de gynécologie, MM. Pozzi, Labadie-Lagrave et Legueu, Bonnet et Petit le mentionnent.

Alban Doran, après des recherches complètes, en signale 23 cas. Nous venons de lire une observation de Roberts (de Londres) sur ce sujet, observation présentée à la Société obstétricale de Londres (mars 1899).

On ne peut admettre que 23 fois des auteurs différents aient pu être induits en erreur. « Dans un ou plusieurs cas, dit Alb. Doran, un papillome bénin peut avoir été pris pour malin, mais la majorité des cas étaient cancéreux. »

A la fin de ce travail, on trouvera, d'après Alban Doran, le tableau des cas d'épithéliomas primitifs de la trompe. Au sujet des cas « dits papillomes », nous insistons davantage et à côté du tableau récapitulatif, on trouvera les observations publiées en détail.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

§ 1. — Anatomie macroscopique.

Conformation extérieure. — La tumeur que forme la trompe dilatée contenant des végétations est de volume variable. Sa grosseur dépend beaucoup plus de la quantité de liquide qu'elle renferme que du nombre de végétations qui la remplissent. Elle peut atteindre le volume d'une orange (Alb. Doran), d'un petit melon (Doléris).

Rarement toute la trompe prend part à la formation de la poche kystique. Celle-ci siège généralement dans ses 2/3 externes. Entre la tumeur et l'utérus existe une portion de trompe saine.

Sa forme n'offre rien de particulier; elle est arrondie ou elliptique, rarement elle est bosselée.

Elle est de couleur grisâtre, ardoisée, analogue à la couleur d'un kyste ovarien. Elle n'est pas sillonnée de vaisseaux à sa surface.

La vue permet de soupçonner une tumeur liquide. En effet, la tumeur est rénitente ou fluctuante.

Logée dans le petit bassin, elle est généralement adhérente aux parties voisines. Ces adhérences sont fortes, solides, ce sont des lames ou des brides résistantes quelquefois difficiles à détruire. Dans l'observation IX, la tumeur n'é-

tait pas logée dans l'excavation pelvienne, elle était élevée dans l'abdomen, sous le foie, très adhérente à l'épiploon en avant, au mésocôlon et à l'intestin grêle d'autre part. Cette situation insolite a pu être expliquée grâce aux phénomènes cliniques sur lesquels nous reviendrons plus tard.

Au stade avancé de l'épithélioma, le péritoine est recouvert de noyaux néoplasiques, les adhérences forment un plastron solide, induré. Les organes voisins peuvent être atteints secondairement.

En résumé dans les cas bénins, on a les apparences macroscopiques d'une salpingite kystique.

Conformation intérieure. — Les phénomènes commencent à différer dès que l'on ouvre la poche.

A. PAROIS. — Les parois de cette poche sont assez épaisses : c'est la paroi de la trompe hypertrophiée. Elles sont d'autant plus épaisses que, le liquide qu'elles contenaient une fois évacué, elles subissent une sorte de rétraction.

Nous avons vu que leur surface externe, tapissée par la séreuse péritonéale, ne présentait rien de particulier et que l'aspect tomenteux qu'on y rencontre parfois est dû à des adhérences nombreuses.

La face interne est tapissée de végétations.

B. VÉGÉTATIONS. — La forme de ces végétations revêt deux types : le type *vilieux* et le type *papillaire*.

a) *Type vilieux.* — La villosité s'implante sur la paroi ; elle est plus ou moins longue. Certaines sont divisées à leur extrémité libre. Ces villosités sont cylindriques ou conoïdes, quelques-unes sont en forme de massue. Elles sont indépendantes les unes des autres. Leur base d'implantation n'est pas large. Elles paraissent semées sur la face interne de la

poche et donnent à celle-ci l'aspect velvétique. Il est bien évident que ce ne sont pas là des franges hypertrophiées. La trompe étalée présente toujours le même aspect et d'ailleurs le microscope montre bien que l'on est en présence de productions particulières.

b) *Type papillaire.* — La forme papillaire paraît être un stade plus avancé. Toutefois nous ne voulons pas affirmer ce fait. Pour Zweifel, le type vilieux répondrait au stade le plus précoce des végétations de la trompe.

D'ailleurs dans une poche contenant des villosités, on voit, par place, une tendance à la transformation de celle-ci en papillome, en chou-fleur, en ce sens que la base s'effile, et que l'extrémité libre se renfle et se divise. D'autre part, dans une poche où prédomine le type papillaire, on voit peu de villosités. Nous devons dire toutefois que la tumeur forme quelquefois de véritables houppes sans paraître avoir de tendance vers la forme papillomateuse.

Ces papillomes (nous parlons ainsi, nous plaçant au point de vue macroscopique) ont une base d'implantation généralement ténue ; les différentes petites tumeurs qui constituent les grosses — les branches du chou-fleur, on pourrait dire — sont indépendantes les unes des autres et ne sont confondues entre elles que dans le cas d'épithélioma avéré.

Sur la pièce qui fait le sujet de l'observation V, on est en présence d'un véritable chou-fleur. Les excroissances sont attachées à la paroi par un pédicule de la grosseur et de la forme d'un fil. Ce fil long est divisé en plusieurs branches et chaque branche se termine par un petit peloton assez résistant, solide, non vésiculeux.

La partie libre de ces papillomes peut en effet être kysti-

que et Sanger et Barth décrivent de *simples papillomes* et des *papillomes à vésicules kystiques*.

Alban Doran signale un cas dans lequel les masses papillaires « étaient plutôt plus rudes, plus dures, quelques-unes semblaient cartilagineuses ». On sait que cette infiltration cartilagineuse existe dans certaines tumeurs de l'ovaire. On la considère comme un mode de régression (Thorton). Le Dr Eve, dans des franges tubaires hypertrophiées aurait trouvé un tissu cartilagineux qu'il regarde comme l'homologue des corps cartilagineux trouvés dans la tête de l'épididyme. Pfannestiel a vu ce dépôt de cartilage à toutes les périodes d'évolution de certaines tumeurs ovariennes et les assimile aux produits trouvés quelquefois au niveau des méninges.

La partie libre de ces papillomes n'est jamais ulcérée dans les tumeurs bénignes. On peut rencontrer l'ulcération dans le cas d'épithélioma et alors un liquide sanieux les recouvre, liquide ayant l'apparence de la moelle osseuse d'après Eberth et Kaltenbach.

En résumé, que l'on soit en présence de villosités ou de papilles, on peut dire que les tumeurs ont un volume varié, les unes ne sont qu'une saillie, un mamelon, — les autres, plus développées, sont sessiles, — d'autres ont un pédicule assez large, assez long, — d'autres enfin ont un pédicule filiforme long de 0 cm. 5 à 2 centimètres, ramifié, fragile. — Les unes sont isolées, semées çà et là sur toute la face interne de la poche kystique — les autres sont agglomérées, petites, elles donnent l'aspect velvétique ; développées elles sont en tout point assimilables macroscopiquement aux végétations vulvaires. Dans aucun des cas signalés, on n'a vu une seule base d'implantation commune.

La surface sur laquelle ces tumeurs s'implantent n'est pas indurée. On ne sent dans son épaisseur ni tractus, ni travées, ni épaisissements. Toutefois, dans le cas de tumeurs malignes, des nodus sont dispersés çà et là dans les différentes tuniques de la trompe, ils peuvent même, comme un semis, se rencontrer sur le péritoine et les organes voisins.

C. ORIFICES. — La poche kystique ainsi formée, ainsi bourrée d'excroissances est quelquefois fermée. Alors, c'est un vrai kyste, le conduit tubaire étant oblitéré du côté de l'utérus et au niveau du pavillon. D'autres fois, et cela paraît être de beaucoup le plus fréquent, la trompe n'est pas oblitérée ou l'est par intermittence. Dans les cas de non-oblitération, il y a ascite ou écoulement de liquide par le vagin. Dans l'observation IX, on constate que la tumeur était intermittente, la poche se remplissait, se distendait et arrivée à un certain degré de distension, elle se vidait, le liquide ayant acquis une pression capable de forcer l'orifice.

Cette perméabilité de l'un des orifices, constatable et constatée par le stylet, est importante à noter ; elle nous donnera la clef de phénomènes cliniques particuliers.

D. LIQUIDE. — Les excroissances de cette poche baignent dans un liquide et ne sont recouvertes d'aucun exsudat solide. Ce liquide est d'aspect sirupeux, gommeux, de couleur citrin foncé. On ne l'a trouvé sanguinolent que dans les cas de tumeurs épithéliomateuses. Il n'a jamais étéensemencé, ni analysé chimiquement. Il contient quelquefois en suspension des petites masses analogues à de la semoule cuite : ce sont certainement, d'après le cas que nous avons pu observer, des parcelles de la tumeur papillaire qui se sont détachées de la paroi et flottent dans le liquide. MM. Caton et Thorton

ont trouvé en suspension dans ce liquide (obs. 1) des cellules proliférantes avec vacuoles.

§ 2. — Anatomie microscopique.

Ce chapitre a donné lieu déjà à certaines controverses. Nous voulons seulement donner ici les différentes opinions émises. Ce n'est qu'après les avoir vues et commentées que nous essaierons de nous exprimer sur la nature des tumeurs papillaires de la trompe.

« En 1879, dit Alban Doran dans son article de la *Gynécologie* d'Albutt et Playfair, j'appliquai le terme de *papillome* à une production pathologique végétante développée dans l'intérieur de la trompe de Fallope. »

Avant lui, Hennig avait signalé que l'hyperplasie de la muqueuse tubaire arrivait à former des excroissances polypoïdes.

Bland Sutton dans son ouvrage pense qu'il s'agit d'adénome.

De là, une séparation d'opinion bien tranchée.

Dans les 9 observations recueillies, dans lesquelles on peut admettre qu'il est question de tumeur bénigne de la trompe et qu'Alban Doran classe parmi les papillomes, nous avons trouvé l'examen histologique fait : 2 fois par M. Alban Doran — 1 fois par MM. Suchard et Petit — 1 fois par M. Bourges — 1 fois par M. Pilliet — 1 fois par M. Macaigne.

Nous rapportons d'abord la description donnée par ces divers auteurs. Nous y ajouterons la description histologique faite par Eberth et Kaltenbach, en 1889, au sujet d'une tu-

meur papillaire tubaire qu'au moment de l'opération on avait jugée bénigne et que « la clinique démontra de nature cancéreuse ».

I. — Une rangée d'épithélium cylindrique recouvrait, dit M. Alban Doran (obs. I), la surface des végétations qui comblaient la cavité de la tumeur. Cet épithélium était cilié en certains points, mais sur aucun point n'envahissait le stroma.

M. Alban Doran, dans une lettre particulière, nous dit que les différents papillomes qu'il a observés au début avaient l'aspect microscopique de la figure ci-contre (fig. 1).



FIG. 1. — Papillôme de la trompe de Fallope d'après Alban Doran. Coupe d'une végétation montrant un espace limité par un épithélium. — Audessous, une partie de la même végétation, en plus grand.

II. — A la coupe microscopique, dit M. Bland Sutton (obs. IV), on voit la tumeur composée d'un tissu conjonctif peu abondant dans lequel sont inclus des acini glandulaires bordés d'une couche d'épithélium cylindrique. Pour Bland Sutton, son observation microscopique ne diffère de celle

d'Alban Doran que dans la plus grande quantité de stroma contenu dans cette dernière (fig. 2).



FIG. 2. — Coupe microscopique d'un adénome de la trompe de Fallope (reproduction d'une partie de la figure de M. Bland Sutton).

III. — D'après MM. Suchard et Petit, la structure des végétations intra-tubaires est celle que l'on rencontre habituellement dans les papillomes. Un centre conjonctif parcouru par des vaisseaux et une couche épithéliale cylindrique. Les cellules épithéliales ont conservé leur forme cylindrique telle qu'on la voit sur la muqueuse tubaire. On note l'existence, en certains points de ces végétations, de rangs doubles et triples de cellules épithéliales superposées (obs. V).

IV. — Voici ce que dit Pilliet (obs. VI).

« La trompe est assez volumineuse et épaissie, et sur les coupes on constate que sa cavité est à peu près comblée par des végétations renflées, recouvertes de leur épithélium cylindrique comme dans les salpingites catarrhales ordinaires. Mais au-dessous, dans la couche musculaire, on trouve un réseau de cavités communicantes, plus ou moins dilatées et irrégulières, tapissées par un épithélium semblable à celui de la trompe », etc.

« Les productions adénomateuses étaient si développées en certains points qu'on aurait pu croire se trouver en présence d'un épithéliome kystique de la trompe. Mais l'absence de diffusion de l'épithélium nous a fait rejeter cette idée ; il ne s'agit évidemment que d'un adénome par irritation. »

V. — L'examen fait par M. Bourges est le suivant (obs. IX)

... « La couche musculieuse représente tous les éléments qu'on trouve dans la couche correspondante de la paroi de la trompe normale, on y distingue des faisceaux à direction transversale et des faisceaux à direction longitudinale. Ces faisceaux de fibres musculaires lisses sont manifestement hypertrophiés et convenablement multipliés. A la partie externe, ces faisceaux sont relativement rares et séparés par des faisceaux de tissu conjonctif lâche, riche en cellules rondes et ovoïdes. Plus profondément les faisceaux musculaires deviennent très nombreux et très serrés les uns contre les autres, ils ne sont plus séparés que par de minces bandes de tissu fibreux, qui est très dense, complètement adulte.... La couche conjonctive interne est uniformément formée de tissu conjonctif lâche renfermant un très grand nombre de cellules ovoïdes et des vaisseaux. Son extrémité formant la paroi interne du kyste est hérissée de prolongements papillomateux et entre ces franges, elle est tapissée d'une couche unique (doublée en certains points) d'épithélium cylindrique... L'épithélium qui tapisse les franges est régulièrement cylindrique. On n'y voit pas de cils vibratiles. Sur plusieurs points, il est gonflé et subit une transformation muqueuse. »

VI. — Voici l'examen histologique que M. Macaigne a bien voulu faire. Nous lui adressons ici encore tous nos remerciements.

« La coupe se compose de la paroi de la trompe et d'une nappe de végétations arborescentes. Mais la section n'ayant pas intéressé le pédicule d'implantation des végétations, celles-ci sont simplement juxtaposées à la paroi et conservent leur

situation réciproque grâce à l'inclusion dans le collodion.

Examinons d'abord les végétations : Elles se présentent sous forme de nappes conjonctives indépendantes les unes des autres et de dimensions variables. Les bords de ces nappes sont découpés en festons plus ou moins arrondis ou en languettes papilliformes ; il en résulte une grande variété de formes de ces nappes conjonctives avec une tendance générale à la ramification et les arborisations sont très irrégulières dans leurs dimensions et leurs directions.

Cet examen, à un faible grossissement montre immédiatement qu'il y a là deux éléments à étudier, une trame conjonctive qui constitue le corps des végétations et un revêtement épithélial qui les tapisse régulièrement sur toute l'étendue de leur périphérie.

A un fort grossissement, le tissu conjonctif se présente sous deux aspects : dense dans certaines végétations et muqueux dans d'autres. Le tissu conjonctif dense est constitué de cellules rondes et fusiformes orientées le long de fibrilles trop minces pour arriver à former des faisceaux colorables au carmin. Toutefois dans un point de la coupe, on voit une nappe de tissu fibreux adulte vivement teinté au carmin, formant d'épais faisceaux semés de noyaux fusiformes et circonscrivant des vaisseaux capillaires dilatés : cette nappe isolée revêtue sur toute sa périphérie d'une couche épithéliale cylindrique simple est sans doute la coupe transversale du pédicule d'une végétation. Mais à part cela, la trame conjonctive des végétations est généralement constituée uniquement de fibrilles et de cellules plus ou moins cohérentes, et entourant des vaisseaux capillaires ; souvent c'est le centre seulement des végétations qui est ainsi constitué et à la péri-

phérie, c'est-à-dire en se rapprochant de la surface épithéliale, le tissu conjonctif prend un aspect de tissu muqueux. Si bien que dans certaines végétations, surtout celles qui ont une tendance à devenir arrondies, la trame conjonctive est presque complètement muqueuse. En effet, au centre, il y a une sorte de réticulum constitué par les ramifications de cellules conjonctives étoilées, à prolongements minces et bientôt, on ne voit plus qu'une substance hyaline parcourue de ces minces prolongements cellulaires qui aboutissent à la surface. Il y a donc une sorte d'évolution muqueuse du tissu conjonctif au milieu duquel les vaisseaux manquent le plus souvent. Quant au revêtement cellulaire qui tapisse toutes ces végétations, il est formé d'une couche régulière de cellules cylindriques en un seul plan généralement. Parfois, il semble y en avoir deux superposés ; mais cet aspect n'existe bien que dans les angles des végétations ou sur les végétations étroites ; là aussi les cellules sont hautes, nettement cylindriques avec un plateau protoplasmique bien dessiné.

Mais sur les végétations étalées, arrondies, à pédicule muqueux, le revêtement cellulaire s'aplatit et tend à devenir cubique : le noyau étant moins allongé et le plateau protoplasmique à peine apparent.

Certaines végétations arrondies ont leur contenu en transformation muqueuse complète ; on voit [alors simplement une sorte de cavité composée d'une substance grenue, non colorée, contenant quelques rares noyaux sans protoplasma apparent ; la paroi de cette sorte de cavité étant la couche régulière de cet épithélium cubique.

L'étude de la paroi de la trompe présente ce fait important qu'en deux points, on voit entre les faisceaux musculaires

deux ou trois cavités glandulaires tapissées par un épithélium cylindrique en une ou deux couches selon les points ; ces cavités ont une forme allongée aplatie et dans leur centre il y a une substance grenue qui semble résulter de l'exsudation cellulaire.

Quant à la surface interne de cette paroi, là où il n'y a pas de végétations implantées, on y voit un revêtement de cellules cylindriques hautes, tassées les unes contre les autres et manifestant une activité de multiplication anormale.

« En résumé, les végétations sont composées de ramifications conjonctives se multipliant à l'infini en arborisations irrégulières, toutes coiffées d'épithélium cylindrique en une ou deux assises. C'est un tissu conjonctif jeune, vasculaire et tendant à devenir muqueux dans les ramifications ultimes. »

VII. — Sur un cas que l'on pouvait penser papillaire bénin au début et reconnu depuis, nettement néoplasique, Eberth et Kaltenbach donnent les renseignements suivants (in *Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie*, 1889, p. 377).

« La cavité de la trompe gauche est remplie d'une masse analogue à de la moelle, qui, sous la forme de saillies papillaires, se dirige et se groupe autour d'un petit espace de la cavité remplie seulement par du liquide rougeâtre. Le néoplasme, en partie, envahit déjà la paroi tubaire. A droite, même aspect. Mais les masses néoplasiques, à bases plus larges, pénètrent encore plus dans l'épaisseur et prennent même l'aspect de nodosités sous-péritonéales.... A l'examen microscopique, la muqueuse présente en de certains points un aspect velouté. De place en place, s'élèvent des villosités plus ou moins longues qui prennent l'aspect caractéristique d'un chou-fleur. Elles atteignent une hauteur de 2 centimètres. A la coupe, dans les places à peu près libres, on voit le

commencement des végétations papillaires. L'épithélium à couche unique est formé de cellules cubiques, quelques-unes cylindriques sans cils vibratiles visibles.

« ... L'épithélium ne manque en aucun point ; il est égal sauf quelques épaississements, trop légers pour prendre même l'apparence de stratification.... En aucun point, l'examen ne montre une analogie avec le carcinome. »

A côté de ces descriptions, il en est dont nous ne parlons pas. Ce sont celles qui ont trait à l'épithélioma cylindrique nettement développé et reconnu tel à l'examen clinique.

DISCUSSION.

Nous croyons pouvoir résumer la question et ne pas nous écarter de la vérité en mentionnant, pour les tumeurs papillaires de la trompe, les trois formes suivantes :

Forme papillomateuse ;

Forme adénomateuse ;

Forme épithéliomateuse.

Les deux premières formes se rencontrent souvent concurremment et, sur une même préparation, il est fréquent de trouver la forme adénomateuse à côté de la forme papillomateuse. On pourrait donc les réunir et dire qu'il existe une forme adéno-papillomateuse.

Dans les végétations peu développées, les plus jeunes, la forme papillomateuse, décrite par Alban Doran, est indiscutable.

Mais sur certains points des pièces que nous avons pu avoir, à côté de cet aspect qui indique la végétation au début, existent des invaginations de l'épithélium dans la muqueuse, de véritables formations glandulaires. Ces productions sont plus ou moins profondes, certaines même traversent la paroi musculaire salpingienne (obs. VII).

Il y a là une véritable formation adénomateuse.

Enfin le type épithélioma est de toute évidence.

« Il faut, pour prononcer le mot papillome, dit M. Cornil (t. I, p. 337), ne trouver à la base des papilles ni alvéoles du carcinome, ni traînées glandulaires, ni ilots d'épithélium. »

Il est possible que la forme papillomateuse pure existe en premier stade et que plus tard lui succède la forme adénomateuse.

Du papillome à l'adénome, il ne paraît y avoir qu'un stade d'évolution, de temps. Mais il ne faut pas en conclure que l'adéno-papillome doive fatalement aboutir à l'épithéliome. Il est certain que, par suite d'un insultus morbide d'ordre général ou local, la lésion puisse progresser et arriver à la malignité, mais cet insultus n'est pas fatal et un adéno-papillome peut rester tumeur bénigne toujours.

Au point de vue histologique, Alban Doran discute les travaux de Bland Sutton et ne pense pas à l'existence possible de l'adénome de la trompe, cet organe étant normalement dépourvu de glandes. La présence des glandes dans la trompe de Fallope est en effet niée par la grande majorité des auteurs.

En employant ici le terme adénome, nous voulons dire que l'examen histologique donne l'impression d'une tumeur dans laquelle les éléments, par leur disposition et leur groupement, rappellent l'adénome. D'après certains auteurs, l'adénome peut se développer dans les organes normalement dépourvus de glandes, mais alors il posséderait une malignité presque égale à celle du cancer.

D'autre part, M. Jullien dit dans son *Traité des maladies vénériennes* (p. 4216), au sujet des végétations développées sur

les organes génitaux externes : « Dans certains cas, cette prolifération épidermique peut être assez considérable pour déprimer par places la surface sous-jacente et même pour y pousser des prolongements, à ce degré que le papillome confine de très près à l'épithélioma. »

Le mot épithéliome sous-entend, au point de vue pronostic, une gravité que ne comportent pas les tumeurs papillaires que nous décrivons ici sous le terme : adéno-papillomes.

Pour être exact, pour décrire sans parti pris ce qu'ont vu des histologistes distingués, nous devons donc conserver et leur description et la dénomination adéno-papillome. La clinique suivie des malades est là pour témoigner de la bénignité de l'affection.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

Partant de ces faits que les tumeurs papillaires de la trompe sont relativement rares, que la manifestation anatomique est une trompe dilatée, kystique, dont la dilatation est bourrée de végétations, on prévoit que leurs signes cliniques sont mal connus.

On trouve facilement les symptômes de la salpingite avec poche, mais si on peut par ces signes affirmer le diagnostic certain de salpingite, il est difficile de porter celui de salpingite avec tumeurs papillaires.

Nous ne mentionnerons pas ici les signes propres à la salpingite, nous voulons seulement signaler un fait clinique particulier. Ce fait clinique n'est pas spécial aux tumeurs papillaires de la trompe, on l'a déjà observé dans les salpingites kystiques, toutefois il présente ici une telle intensité que nous croyons devoir insister sur lui.

Le phénomène connu sous le nom d'*hydrops tubæ profluens* est très fréquent dans le cas de tumeurs papillaires de la trompe. C'est à son sujet que nous avons rapporté quelques faits dans un article de la gynécologie, inspiré par M. Doleris.

Pour mettre au point cette question, nous avons divisé les cas mentionnés en trois classes, suivant la perméabilité ou l'oblitération du canal tubaire.

Dans une 1^{re} catégorie, se rangeaient les observations des malades dont la trompe formait une poche fermée.

Dans une 2^e, les observations mentionnant la perméabilité de l'orifice péritonéal de la trompe.

Dans une 3^e, les observations qui indiquaient la perméabilité de l'ostium uterinum.

La perméabilité de l'orifice utérin et péritonéal n'entraîne pas un classement spécial mais doit être reportée à la 2^e ou 3^e catégorie.

De ces divisions, il est facile de prévoir les phénomènes cliniques qui vont se présenter suivant tel ou tel cas si on se rappelle que la paroi tubaire a conservé et son épaisseur et sa contractilité.

Tous les signes de la salpingite se rencontrent dans la 1^{re} classe, sans offrir rien de particulier.

Dans la 2^e, on constate la présence d'un épanchement péritonéal plus ou moins abondant.

Enfin, dans la 3^e, un écoulement vaginal abondant, écoulement de nature spéciale, séreux ou aqueux, non purulent.

Les observations, dans lesquelles est mentionné l'état des orifices de la poche salpingienne, peuvent se classer ainsi : les n^{os} II et VI dans la 1^{re} catégorie ; l'observation V est remarquable par l'abondance de l'écoulement vaginal. Dans les observations I, III, IX, l'écoulement du liquide se faisait dans la cavité péritonéale.

Parmi ces trois dernières observations, la 1^{re} fait mention d'ascite et d'épanchement pleural, la IX^e a trait à la présence d'une tumeur abdominale intermittente et la III^e semble devoir être rangée à côté d'elle.

A. — Sans insister sur tous ces points différents, nous croyons intéressant d'étudier la pathogénie de l'épanchement péritonéal et son intermittence.

On a particulièrement étudié la pathogénie de l'ascite dans les tumeurs de l'ovaire (Terrier, Quénu, Gundelach, Sébilleau, Cazenave, etc.). Demons (de Bordeaux) a recherché les causes de l'ascite et de l'épanchement pleural dans les tumeurs de l'ovaire. Mais ces épanchements n'ont pas été signalés ni étudiés dans le cas de tumeurs salpingiennes. M. Alban Doran a le premier attiré l'attention sur ce point clinique particulier.

M. Sébilleau, dans sa thèse inaugurale, s'exprime ainsi :

« Toute tumeur abdominale peut s'accompagner d'ascite : aucune de celles qui se développent dans le petit bassin n'échappe à cette loi. Il s'en faut, cependant, qu'elles soient aptes, au même degré, à produire un épanchement du péritoine... Voici les chiffres qui résultent d'une étude portant sur les comptes rendus des 25 années de la Société anatomique :

	Ascite	absence d'ascite	rien de signalé dans les observ.
Cancer de l'ovaire.	15 fois	1 fois	4 fois
Fibrome	»	2 fois	1 fois
Kyste	7 fois	2 fois	30 fois
— de la trompe et du ligament large. .	»	»	4 fois
Fibromes utérins.	7 fois	1 fois	22 fois
Cancer du corps utérin	1 fois	»	4 fois »

On avait admis pour expliquer la présence de l'ascite dans les tumeurs ovariennes : la compression des grosses veines, la richesse vasculaire des tumeurs, la sécrétion des végétations (Quénu). « D'après cet auteur, dit Cazenave, les végé-

tations constituent de véritables tubes épithéliaux pseudo-glandulaires et sécrètent une substance colloïde. Pour Quénu, cette dernière substance agirait par osmose sur le péritoine et provoquerait cette hypersécrétion. Terrier admet cette pathogénie «... mais en faisant des végétations externes la condition pour ainsi dire *sine quâ non* de l'épanchement péritonéal.

Dans les cas de tumeurs papillaires de la trompe, il semble difficile d'admettre certaines de ces hypothèses. La tumeur n'est pas assez vasculaire, qu'on puisse voir, comme dans les kystes de l'ovaire, de gros vaisseaux sillonner sa surface. Elle n'est pas assez volumineuse pour expliquer la compression. La théorie émise par M. Quénu reste seule applicable. Cependant M. Pozzi dit à ce sujet (*Traité de Gynécologie*, p. 811) : « Cet auteur attribue un rôle exagéré aux phénomènes d'osmose provoqués par la matière colloïde sécrétée par les végétations ou déversée par les petits kystes ; point n'est besoin de cette considération pour comprendre la production de l'épanchement ascitique causée par l'irritation d'un liquide pathologique ; l'ascite constitue un véritable mode de défense du péritoine quand il n'a pu isoler le corps irritant par la production d'adhérences. »

Nous ne faisons que signaler les idées émises, ne conservant que celles qui paraissent pouvoir avoir un rapport avec les cas qui nous concernent.

Un fait plus difficile à interpréter est la présence de liquide dans la plèvre, comme l'a observé Alb. Doran. M. Demons (de Bordeaux) l'avait observé dans certaines tumeurs de l'ovaire et il l'attribue (ainsi que Verneuil) à une obstruction lymphatique. Cet épanchement pleural disparaît d'ailleurs après

l'ablation de la tumeur salpingienne. On ne saurait donc invoquer la présence de dépôts secondaires dans la plèvre.

Il nous paraît difficile, à l'heure actuelle, de donner une théorie satisfaisante à cette manifestation clinique et nous nous bornons à l'enregistrer.

B.— Ce symptôme : *Epanchement péritonéal et pleural* n'est pas sans intérêt ; celui d'*intermittence* de la tumeur n'est pas moins important. Aussi plaçons-nous ici les commentaires qui devraient faire suite à l'observation IX dans laquelle est signalée cette intermittence.

Celle-ci aurait peu de valeur si elle n'avait été accusée que par la malade, mais elle a été vue et constatée. On a pu juger du volume de la tumeur au moment où elle avait atteint son maximum de développement et son maximum de retrait. Il n'y avait chez la malade, au moment de la disparition de la tumeur, ni pertes liquides par le vagin, ni diarrhée, ni mictions plus fréquentes ou plus abondantes. Il faut donc admettre que la poche kystique se vidait dans le péritoine. Même hypothèse doit être faite au sujet de la malade de l'observation III.

Pour expliquer cette échappée de liquide dans la cavité péritonéale sans production d'ascite, comme cela devait avoir lieu, étant donné l'observation I et les théories que nous avons signalées ci-dessus ; pour expliquer aussi le siège élevé de cette tumeur salpingienne qui était fixée haut dans la cavité abdominale, dans la région de l'hypochondre droit, voici ce que nous disions lors de la publication de l'observation.

Avant la vomique salpingienne dans le péritoine, la cavité péritonéale peut être libre ou cloisonnée.

Si aucune adhérence, aucun travail de défense ne s'est fait, le liquide s'écoule librement dans le péritoine et peut occasionner, sur toute l'étendue de la séreuse, une irritation qui aura pour résultat l'augmentation du liquide évacué par l'addition de sérosité péritonéale exsudée. C'est le cas d'Alban Doran.

Mais, la cavité péritonéale a pu être prévenue en quelque sorte par une poussée subaiguë du côté de la trompe, des adhérences ont pu se former, une poche a pu se faire dans laquelle le liquide est venu ultérieurement se déverser. C'est là une éventualité heureuse qui sauve la cavité de l'envahissement. Le cas qui nous occupe paraît entrer dans cette catégorie.

Pour expliquer la situation élevée de la tumeur nous pouvons invoquer 3 hypothèses :

1° Le déplissement des feuillets de mésosalpynx. Dans ce cas, la tumeur serait bien plutôt venue faire saillie dans le petit bassin et aurait été accessible au toucher.

2° Dans l'une de ses 7 grossesses antérieures, la malade aurait-elle eu une poussée inflammatoire des annexes droites, poussée qui, créant des adhérences, aurait immobilisé, fixé la trompe droite dans sa situation élevée — élevée puisque l'utérus était gravide ? Si nous cherchons dans les antécédents de cette femme, nous ne trouvons, lors de ses grossesses et même dans leur intervalle, aucun trouble génital. Régliée à 12 ans, elle a toujours eu des menstrues régulières, non douloureuses. Elle a fait, vers l'âge de 20 ans, deux fausses couches de 6 mois ; mais après ces fausses couches sans souffrir du ventre, elle a mené à terme cinq grossesses normales, et ce n'est que cinq ans après sa dernière grossesse

qu'elle s'est aperçue de sa tumeur. Il est bien difficile d'admettre, dans ces conditions, une adhérence salpingienne élevée dans le cours d'une grossesse.

3° La troisième hypothèse qui se présente alors à l'esprit est celle d'une poche qui, par ses ampliations et ses déplétions successives, serait venue à se fixer, à s'accrocher pour ainsi dire, au moment de chaque vomique, à un point plus élevé sur le mésocôlon ascendant. La première fois que la poche s'est vidée dans la cavité péritonéale, il s'y est évidemment produit un travail interne de résorption, et ce travail s'est terminé par la formation d'adhérences plus ou moins solides, mais assez résistantes toutefois pour obliger la poche, lors de sa deuxième ampliation à se développer au-dessus d'elles, à remonter par conséquent vers le flanc droit. Or la malade a eu, en 18 mois, 5 ou 6 vomiques salpingiennes semblables. Il n'est pas impossible que cela ait été pour la tumeur 5 ou 6 étapes, 5 ou 6 échelons vers un point plus élevé.

En résumé, ces symptômes sont intéressants, constatables, mais non pathognomoniques des tumeurs papillaires de la trompe. Ils ne sont non plus en faveur ni de leur bénignité ni de leur malignité.

CHAPITRE IV

Nature et pathogénie.

On ne sait rien sur la pathogénie de ces tumeurs, soit que l'on cherche du côté d'une *infection antérieure*, soit que l'on s'adresse à l'*état général* des malades. Il est regrettable qu'aucune recherche bactériologique n'ait encore été faite à ce sujet. La raison en est que le diagnostic de tumeur papillaire est rarement fait au début de l'intervention et que, au moment de l'opération, on est pris au dépourvu.

Rôle de l'infection. — Si nous recherchons le rôle que joue l'inflammation dans la production de ces tumeurs, nous trouvons qu'il est certain, mais plus discutable qu'on pourrait le penser tout d'abord.

M. E. Reymond, dans sa thèse inaugurale (1895), résume bien les opinions qu'on pourrait émettre à ce sujet. Il dit (page 41) :

« C'est le 3 novembre 1886 qu'à la Société d'obstétrique de Londres les docteurs Alban Doran et Routh eurent, à propos d'observations personnelles de *salpingite papillomateuse*, une discussion d'où il résultait qu'elle constituait une forme spéciale due à un agent infectieux spécial.

« D'après Alban Doran, les papillomes envahiraient les trompes comme le fait la blennorrhagie, la contagion se faisant par le contact direct comme pour les verrues.

« Ces papillomes détermineraient une sécrétion très variable, suivant le siège qu'ils occupent. A la vulve et dans le vagin, ils donnent lieu à un écoulement fétide ; dans l'utérus, ils donnent lieu à des pertes

de sang quelquefois abondantes. Dans les trompes, ils peuvent être cause d'une irritation assez violente pour déterminer une oblitération du pavillon et prévenir l'extension au péritoine.

« Mais si les adhérences au pavillon ne se produisent pas, si celui-ci reste perméable, alors il s'écoule dans le péritoine un liquide séreux, peu irritant, pouvant quelquefois déterminer un peu d'ascite, mais ne produisant pas d'adhérences : des papillomes du péritoine et des ovaires peuvent alors se produire. »

De ce passage, nous croyons pouvoir distinguer différents points :

1^o La cause première serait le contact direct ;

2^o La propagation serait due à une irritation violente causée par la sécrétion de ces tumeurs ;

3^o L'extension aux parties voisines pourrait se faire si une adhérence ou une oblitération ne se produit ni du côté du pavillon ni du côté de l'utérus.

En reprenant, point par point, ces diverses parties de la question nous voyons la part de possibilité qu'elles contiennent si nous nous en rapportons aux cas observés et si nous mettons à part les cas reconnus franchement épithéliomateux.

1^o La cause première ne saurait être le contact direct d'une tumeur papillaire puisque, dans aucune observation, on ne trouve mentionnée la présence d'une tumeur semblable dans le canal génital.

Mais cette cause première pourrait être la présence d'une sécrétion morbide irritante due par exemple à la blennorrhagie qui, par voie ascendante, aurait envahi les trompes de Fallope. Dans l'observation V, une affection phlegmasique antérieure est indiscutable.

On sait le rôle considérable que les auteurs font jouer à la blennorrhagie dans la genèse et l'évolution des papillomes des organes génitaux externes. Sans nier ce rôle, important dans une certaine mesure, il est difficile, à notre avis, d'affirmer qu'un écoulement à gonocoque est le seul facteur dans la formation de ces productions. Ne rencontre-t-on pas des papillomes chez des femmes enceintes non contagionnées? Les papillomes n'ont-ils pas une analogie avec les verrues qui se développent sur les mains? Nous avons déjà observé que bien des malades atteints de papillomes des organes génitaux externes avaient des verrues aux mains. On pourrait, il est vrai, dans ces cas incriminer la contagion. On a décrit pour les verrues un microbe, le *bacterium porri* (Cornil et Babès). Cependant Bumm sur 15 cas de papillomes des organes génitaux externes observés par lui n'a trouvé que 3 fois le gonocoque. D'autre part, il a inoculé sans résultat du pus blennorrhagique ou des gonocoques en culture pure (*Münch. med. Woch.*, 1886, n° 27).

2° Il est certain que si la contagion du papillome génital est discutée quand il s'agit de la propagation d'un individu à un autre, elle est admise par tout le monde quand il s'agit de la pullulation sur un même sujet. Mais est-ce à dire qu'il y a contagion? N'est-ce pas le résultat d'une même cause qui produit le même effet?

Eberth et Kaltenbach pensent à une affection épithéliale et croient à la greffe possible d'une parcelle d'épithélium qui, transportée par le liquide, peut aller s'implanter sur les parties voisines: « Dans un cas cité par Chiari, de papillome intra-canaliculaire de la glande salivaire, il y eut une métastase sur le poumon. La structure était identique au papillome

primitif. Il faut bien penser que si l'épithélium dans ce cas a pu être entraîné jusqu'au poumon ; il peut en être ainsi pour les kystes papillaires des organes génitaux. »

Cette analogie sur laquelle se basent ces auteurs est sujette à discussion. La greffe épithéliale pour atteindre le poumon a une marche plus facile à suivre, plus explicable que celle qu'il lui faudrait faire pour remonter vers les trompes.

3^e Toutefois cette propagation possible sur une même personne ne peut être acceptée sans réserves. Nous avons vu que dans les cas de tumeurs papillaires de la trompe, il se produit une sécrétion spéciale due probablement à la fonte hyaline de l'épithélium de revêtement. Cette sécrétion dans les cas de non-oblitération du canal tubaire se déverse soit dans le péritoine, soit à l'extérieur par la voie utéro-vaginale. Dans nos différentes observations, nous ne voyons pas notée la présence des papillomes sur les parties voisines, péritoine, utérus, vagin. Cependant, le liquide serait un excellent propagateur puisqu'il contient en suspension des débris cellulaires. Ces tumeurs papillaires restent malgré cela cantonnées dans leur poche kystique, où elles se multiplient et prolifèrent considérablement, sans toutefois en sortir.

En résumé, et *a priori*, l'infection a une influence prépondérante. Cependant, dans certains cas, on n'en trouve pas la trace ; et, comme le fait remarquer M. Doléris, un processus inflammatoire « dont le premier effet serait d'altérer le muscle et de détruire sa contractibilité » ne saurait aller de pair avec l'intégrité de la paroi musculaire salpingienne et son énergie grâce à laquelle la poche kystique peut évacuer le liquide qu'elle contient.

Rôle de l'organisme. — Faut-il incriminer les troubles

de vascularisation qui sont incontestables au niveau de ces tumeurs ? mais c'est reculer le problème de la connaissance de la cause puisqu'il faudrait savoir quels sont les facteurs de ces troubles de vascularisation.

Ces troubles peuvent être dus :

1° A l'infection venue du dehors qui, si elle ne joue pas un rôle dans tous les cas, doit néanmoins entrer en ligne de compte pour une grande part dans la pathogénie des tumeurs papillaires de la trompe. Nous venons de voir quelle serait son action et quelles sont les objections qu'on peut opposer à ceux qui voudraient ne considérer en elle que l'agent unique et indispensable.

2° A une cause inconnue encore, que l'on doit rechercher dans le système sanguin ou lymphatique, dans le tempérament et la constitution des malades.

On a une tendance marquée à assimiler les tumeurs papillaires de la trompe aux végétations génitales externes dont elles ont la bénignité et l'apparence, et dont on a voulu confondre l'étiologie. Cependant il faut se garder de trop généraliser, car il est un facteur important qui est à considérer dans l'évolution de celles-ci et qui manque pour celles-là. Ce sont les glandes cutanées ou muqueuses ; or nous le rappelons, la plupart des auteurs les nient dans la trompe.

Il faut envisager d'autres éventualités :

A) Nous éliminons l'atteinte primitive de tuberculose locale.

B) Quant au cancer on peut se demander s'il ne fait qu'un avec la tumeur papillaire dite bénigne ou s'il n'en est qu'une séquelle.

Bland Sutton, dans son ouvrage, décrit les adénomes de la trompe au chapitre des tumeurs malignes. — MM. Thorton

et Caton ont trouvé, dans le dépôt du liquide de la tumeur opérée par Spencer Wells, des cellules proliférantes avec vacuoles. Ces cellules vacuolées n'impliquent pas nécessairement une affection maligne malgré l'avis de Schröder, mais rendent hésitante une opinion sur l'évolution ultérieure. — De plus on a décrit deux rangées de cellules épithéliales, ce n'est pas là une disposition artificielle due à une coupe oblique : on a eu deux rangées de noyaux.

En opposition à ces raisons qui pourraient militer en faveur du cancer, il faut noter la survie des malades (19 ans dans le cas de Spencer Wells et Alban Doran — 10 ans dans le cas de M. Doléris — pour ne mentionner que les cas les plus anciens).

Telles sont, au point de vue de l'étiologie des tumeurs papillaires de la trompe, les différentes causes qu'on peut envisager. Il y en a deux à retenir :

l'infection (non pas forcément blennorrhagique, mais pouvant survenir à la suite de couches par exemple) avec un état général particulier ;

le *néoplasme*.

Évolution. — Voici ce que dit Pilliet (obs. VII) :

« L'origine irritative de ces productions dans la trompe ne doit pas surprendre puisque l'on voit que dans les viscères comme le foie, le rein, la capsule surrénale etc... *les formations adénomateuses coexistent avec la sclérose et paraissent être un des modes de réaction des cellules parenchymateuses avec irritation qui amènent l'épaississement du tissu conjonctif.* »

Pour Eberth et Kaltenbach, la prolifération épithéliale précède le soulèvement du tissu cellulaire. Voici ce qu'ils disent à ce sujet :

« La prolifération épithéliale, nous appelons ainsi l'épaississement papillaire de certains points de l'épithélium est certainement le *phénomène primaire*, et le soulèvement du plancher du tissu cellulaire en papilles est le *phénomène secondaire*. C'est seulement plus tard, lorsque les papilles du tissu cellulaire ont atteint une certaine hauteur, qu'il prend une partie plus active dans la formation du néoplasme : on y trouve alors une grande quantité de leucocytes, de cellules formatives et de vaisseaux sanguins nouvellement formés.

« Le processus formatif a l'air de se faire presque comme celui des papilles de la peau ; la pression de l'épithélium des proliférations, le tronc cellulaire est obligé de suivre l'épithélium. Si, au contraire, la pression venait d'en bas, il est probable que les épithéliums, surtout la base, se desquameraient.

« Cette façon de considérer la formation et l'accroissement des papilles est différente de celle admise en général, puisqu'on fait jouer le rôle principal au tissu cellulaire. Certes, on peut admettre quelquefois que la prolifération du tissu cellulaire soit le phénomène primitif. Mais on se rend bien compte que justement dans les kystes papillaires les papillomes métastasiques ne se reproduisent que par cheminement d'épithélium et non pas par des germes du tronc cellulaire. »

En résumé, rappelant que, dans certains cas de végétations simples des organes génitaux externes, l'épithélium peut envoyer des prolongements dans les parties sous-jacentes — soit que ces prolongements s'invaginent d'eux-mêmes, soit que par suite du développement du tissu cellulaire, il se forme des dépressions épithéliales — nous émettrons l'hypothèse suivante — les recherches faites sur ce sujet ne sont pas assez nombreuses ni probantes pour permettre l'affirmation.

Dans l'évolution des tumeurs papillaires de la trompe, le premier stade serait une salpingite légère de cause variable. Puis les papillomes surviendraient comme manifestation d'une lésion irritative. Ces papillomes, eux-mêmes, seraient le

siège d'une sécrétion spéciale irritante. Cette sécrétion résulterait d'une fonte hyaline de l'épithélium de revêtement et non d'un exsudat inflammatoire. Cette sécrétion serait un agent favorable pour le développement exagéré de la lésion. L'adénome serait un stade plus avancé et dans cette hypothèse serait inséparable d'un papillome ancien.

L'épithélioma, *s'il n'est pas primitif d'emblée*, serait le stade ultime, mais non constant, la lésion pouvant s'arrêter, dans son évolution, à une étape sans les parcourir toutes.

CHAPITRE V

Pronostic. — Diagnostic. — Testament.

Le pronostic est très difficile à porter puisque, cliniquement, on ne peut rien conclure — puisque, macroscopiquement, on peut se tromper sur la forme et l'aspect de la tumeur — que, microscopiquement, une affirmation certaine ne peut être donnée — puisque, enfin, la cause première est inconnue. D'ailleurs la même incertitude existe pour les tumeurs analogues que l'on rencontre dans l'utérus. Gaillard Thomas, dans son *Traité des maladies des femmes*, cite à ce sujet des exemples frappants.

Les seuls éléments qui ont quelque valeur contre la tumeur papillaire bénigne et la tumeur papillaire maligne — tant au point de vue du pronostic que du diagnostic — sont : l'âge de la malade, ses antécédents et la constatation de la propagation de l'affection aux parties voisines.

« Quand une malade qui a passé 45 ans, qui a été sujette à une inflammation pélvienne, présente une aggravation soudaine et certaine des signes subjectifs et objectifs, on doit soupçonner le cancer. Un écoulement de liquide sanieux ou spécial, dans ces cas, accroît la possibilité de la malignité » (A. Doran).

Quand, au moment de l'opération, on voit à la surface du péritoine, se propageant plus ou moins loin vers les tissus voisins, des nodules indurés, alors que dans la trompe on trouve une tumeur papillaire, l'épithélioma est certain.

C'est là tout ce qui peut être dit au sujet du pronostic et du diagnostic des tumeurs papillaires de la trompe. Rien n'est certain. Aussi devra-t-on toujours opérer la malade qui présentera avec les signes de salpingite kystique des phénomènes d'ascite ou d'écoulement vaginal très abondant. On peut ne trouver qu'un adéno-papillome de la trompe, mais il « est incontestable, dit Doran, que beaucoup de papillomes deviennent cancéreux ».

L'opération en elle-même ne comporte aucune particularité notable.

OBSERVATIONS

OBS. I. — Rédigée d'après MM. ALBAN DORAN (*Trans. Pathol. Soc.*, vol. XXI, 1880, p. 174. — *System. of gynec.* by CLIFFORD ALBUTT et PLAYFAIR, Londres, 1896, p. 803, article : Papillomes des trompes) — SPENCER WELLS. *Diagnosis and surgical Treatment of abdominal tumours*, 4 vol., Londres, 1885, p. 169.

RÉSUMÉ. — Femme, 50 ans, célibataire. — Inflammation pelvienne aiguë. — Pas d'écoulement vaginal. — Épanchements pleuraux et péritonéaux. — Opérée 2 ans après le début de la maladie. — Trompe droite dilatée bourrée de végétations papillomateuses. — Pas de propagation. — Orifice tubaire péritonéal perméable permettant l'écoulement de la sécrétion dans le péritoine. — Guérison.

La malade, vieille demoiselle de 50 ans, fut soignée d'abord par le Dr Bickersteth de Liverpool. En octobre 1877, elle présentait les signes d'une inflammation de l'ovaire droit avec ménorrhagies persistant malgré le repos. En mars 1878, elle eut un épanchement pleural droit qui, ponctionné, donna 120 onces (plus de 3 litres) de liquide citrin. En juillet on retira de l'abdomen, qui commençait à augmenter de volume, 9 pintes (5 litres environ) de liquide. En septembre, on retira de l'abdomen environ 13 pintes (à peu près 7 litres). En janvier 1879, on fit une 4^e ponction de l'abdomen qui donna issue à 16 pintes de liquide (9 litres). Ces accumulations de liquide et ces 5 ponctions ne furent accompagnées d'aucune élévation de température ni d'aucun trouble organique. Il n'y avait aucune affection cardiaque, hépatique ou rénale. En mars 1879, la malade était maigre, émaciée et comme le cas restait toujours obscur, on consulta M. Spencer Wells, qui conseilla et discuta l'opportunité d'une laparotomie exploratrice. On ne fit qu'une ponction qui donna issue à 22 pintes (12 litres 1, 2) de liquide. Ce liquide avait un poids spécifique de 1022, il se coagulait presque complètement

par la chaleur et l'acide acétique. Le dépôt floconneux qu'il donnait était peu abondant et consistait en de grandes cellules en majeure partie groupées en amas et nettement proliférantes. Beaucoup de ces cellules étaient distinctement vacuolées. De semblables furent trouvées dans le liquide pleural : « J'examinai ces cellules (A. Doran) et jamais je ne vis une structure dans les liquides pathologiques évoquant plus parfaitement la malignité. »

Après la ponction, Spencer Wells put découvrir une masse dure et nodulaire derrière l'utérus. Cet organe était mobile et si prolabé dans le bassin que le col était au niveau de la vulve.



Fig. 3. — D'après Alban Doran. — Papillome de la trompe — La trompe a été divisée suivant son bord supérieur et a été éversée montrant des masses papillomateuses qui viennent de la muqueuse. Un stylet pénétrant par la terminaison utérine passe à travers la trompe au milieu des végétations, et sort par la terminaison péritonéale. L'ovaire est accolé à la trompe. On voit un petit kyste pédiculé et un autre développé au milieu des végétations papillaires.

Une opération fut jugée indispensable et on fit la laparotomie le 28 avril 1879. La cavité abdominale contenait 17 pintes (9 litres 1/2) d'un liquide couleur d'ambre. L'ovaire gauche était normal. A droite de l'utérus, de volume normal « je trouvai (S. Wells) une tumeur de la grosseur d'une orange et composée en grande partie de la trompe de Fallope droite et de l'ovaire situé derrière. Une ligature fut faite entre

l'utérus et la tumeur et celle-ci fut enlevée. » On ne trouva pas, malgré les recherches les plus minutieuses, de dépôts secondaires dans le péritoine.

La guérison fut rapide. La malade eut 4 mois après une atteinte de pleurésie : on ne fit pas de ponction. La menstruation avait cessé définitivement 2 mois avant l'opération. Le 17 novembre 1895, Bickersteth écrit à M. A. Doran : « Miss... m'appela auprès d'elle, il y a quelques jours, et jamais je ne l'ai trouvé mieux portante ».

« La tumeur déposée au *Museum of Royal college of Surgeons* (Path. series, n° 4584) consiste en une trompe de Fallope très dilatée avec, à côté d'elle, l'ovaire sain. La terminaison utérine admet un stylet qui peut passer à travers la trompe entière et sortir par l'orifice péritonéal. Les franges courtes et épaisses sont très nettes. L'orifice péritonéal de la trompe est largement ouvert. Des excroissances en forme de choux-fleurs s'échappent de toutes part de la muqueuse, Elles étaient recouvertes d'un mucus qui s'échappait par l'orifice péritonéal de la trompe. Une rangée d'épithélium cylindrique recouvrait la surface des végétations qui comblaient la cavité de la tumeur. Cet épithélium était cilié en certains points, mais nulle part n'envahissait le stroma » (A. Doran).

Obs. II. — Rédigée d'après M. ALBAN DORAN, *Trans. obs. Soc.*, 1886, vol. XXVIII, p. 230.

RÉSUMÉ. — *Femme, 45 ans. — Mariée. — Douleur pelvienne. — Tumeur tendue. — Difficulté de la miction et de la défécation. — Pas d'ascite ni d'écoulement vaginal. — Malade depuis un an avant l'opération, — La trompe droite dilatée est remplie de végétations papillomateuses. — L'orifice péritonéal de la trompe est fermé. — Cavité kystique biloculaire de nature indéterminée siégeant au-dessous de la trompe. — Pièce perdue. — Mort le 4^e jour après l'opération.*

La malade, âgée de 45 ans, mariée, est soignée par le Dr Johnstone (de Mardstone). Les règles avaient cessé 1 an avant l'opération qui fut pratiquée en décembre 1885. La patiente, depuis la cessation de ses règles, avait souffert de douleurs pelviennes, souvent de difficulté dans la miction, requérant fréquemment l'usage du cathétérisme, enfin

d'une forte douleur pendant la défécation. La cavité pelvienne était remplie par une tumeur très résistante, mais vaguement fluctuante. L'utérus était dévié au-dessus du pubis, le col oblitéré, le fond pouvait être senti au-dessus de la symphyse. La malade bien portante avait néanmoins l'aspect d'une personne souffrante. La langue était propre, le ventre était très douloureux par le fait de la constipation et de la pression de la masse pelvienne sur le rectum. L'opération fut faite par le Dr Bantock, le 26 décembre 1885, dans une maison de santé. Une incision d'environ 3 pouces fut pratiquée sur la paroi abdominale. A l'ouverture de la cavité péritonéale une petite masse du volume d'un œuf de poule fut trouvée dans l'hypogastre. Elle était en rapport avec une anse intestinale par une adhérence très intime, pénible à détruire. La couche musculaire de l'intestin fut lésée et on fit plusieurs points de suture en surjet sur la séreuse. La paroi de la tumeur fut ouverte dans l'hypogastre au moment de la destruction des adhérences et quelques produits papillaires furent mis à découvert. On put alors atteindre la tumeur du cul-de-sac de Douglas. C'était un kyste contenant environ une demi-pinte d'un liquide d'une couleur de forte infusion de thé. Après avoir évacué le liquide, on essaya de détruire les adhérences de la paroi postérieure du kyste, ce fut impossible. On l'ouvrit alors sur sa face antérieure. Il était apparemment biloculaire et ne contenait pas de produits papillaires.

Puis, on examina ensuite la masse qu'on avait d'abord trouvée. Elle apparut, après ablation de plusieurs adhérences, comme une tumeur à paroi lisse, et d'un rouge sombre. Une fois l'utérus récliné ; on put voir que la tumeur était la trompe droite dilatée et bourrée de papillomes. On vit très bien les rapports de la tumeur avec la terminaison utérine de la trompe et le ligament large, l'ovaire était emprisonné par les adhérences. La tumeur salpingienne fut enlevée ; la cavité péritonéale fut lavée à l'eau chaude et un drain fut placé dans le cul-de-sac de Douglas.

La tumeur ressemblait énormément à celle qui fut enlevée par Spencer Wells. Les masses papillaires étaient peut-être plus rudes et plus dures, quelques amas semblaient cartilagineux. Une grande différence doit être notée : dans ce cas le pavillon était complètement oblitéré. On doit observer qu'il n'y avait pas de liquide dans le péritoine. Malheureu-

sement la pièce fut perdue. D'autre part la malade eut de la fièvre et mourut le 4^e jour, avec suppression des urines. La nature du kyste qui était dans le bassin ne saurait être déterminée, il ne devait pas appartenir à la trompe et n'était certainement pas papillomateux.

OBS. III (Résumée). — D'après M. ALBAN DORAN et le *Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie*, année 1888, p. 278.

Femme, 31 ans, mariée depuis 16 ans, stérile. Bien réglée jusqu'au moment de l'opération, bien que les organes dussent être dégénérés depuis longtemps. Elle souffre depuis 7 ans d'une inflammation pelvienne. On avait alors constaté une tumeur qui avait disparu et qu'on avait découverte de nouveau il y a 12 mois. Cette tumeur existe à droite et à gauche, siège dans les annexes, elle est fluctuante. Pas d'ascite, pas d'écoulement vaginal. L'opération fut faite par M. Bantock. On trouva deux tumeurs qui furent enlevées. Elles consistaient en ovaires et trompes kystiques. Les deux organes étaient le siège de nombreuses végétations papillomateuses. Il n'y avait pas de liquide dans le péritoine. Il n'existait pas de papillomes en dehors des kystes. On n'a pas vu de communication entre la trompe et l'ovaire, ni d'un côté ni de l'autre. La malade guérit.

OBS. IV. — Tirée de BLAND SUTTON, *Surgical diseases of the Ovaries and Fallopian tubes*, 2^e édition, p. 226.

RÉSUMÉ. — *Ascite.* — *Productions papillomateuses dans le tiers externe de la trompe, s'échappant par l'orifice péritonéal. — Mort.*

Bland Sutton eut à examiner une trompe de Fallope distendue avec kyste de l'ovaire. Cette pièce lui avait été remise par le D^r Walter (de Manchester) qui avait opéré la malade et qui, lors de l'opération, dit avoir constaté de l'ascite.

On voit que l'orifice péritonéal de la trompe est largement dilaté et que, par cet orifice, s'échappe une grande quantité de productions papillomateuses, donnant l'apparence « d'une corne d'abondance ». La trompe ouverte, on trouve ces papillomes dans le tiers externe de la

trompe, naissant de la muqueuse. A première vue, on aurait pu croire à une môle hydatiforme de la trompe.

A la coupe microscopique, on voit la tumeur composée d'un tissu conjonctif en petite quantité, dans lequel sont inclus des acini glandulaires, bordés d'une couche d'épithélium cylindrique.

Bland Sutton pense à l'adénome et dit que son observation microscopique ne diffère de celle d'Alban Doran (obs. I) qu'en ce que cette dernière contient une plus grande quantité de stroma (Voir fig. 2).

OBS. V. — M. DOLÉRIS, *Soc. obs. et gynécologie de Paris*, 1890, p. 12.

RÉSUMÉ. — *Femme 28 ans, célibataire. — Ipore. — Écoulement vaginal probablement blennorrhagique à 21 ans, 4 ans après douleurs hypogastriques. — Écoulement séreux abondant par le vagin pendant 15 mois. — Pas d'ascite. — Végétations papillomateuses dans la trompe droite. — Orifice de la trompe du côté de l'utérus dilaté. — Affection inflammatoire chronique des annexes du côté opposé. — Guérison.*

Il s'agit d'une femme de 28 ans, réglée à 11 ans, facilement, sans douleurs et ayant eu un accouchement normal vers 20 ans. Quelque temps après l'accouchement, la malade eut une phlegmasie génitale totale dont l'origine infectieuse est probable. Plus tard, les douleurs parurent prédominant du côté gauche du ventre, douleurs qui, par suite d'un traitement prolongé, se calmèrent. Un ans après, à la suite d'une rechute survenue à la fin de la période menstruelle, des douleurs internes se déclarèrent lancinantes, tensives, continuelles, simulant la péritonite. Elles durèrent trois jours avant qu'un calme relatif survint. Ces douleurs reparaissaient plus persistantes que jamais au bout d'un mois. Puis, sans raison apparente, en l'absence de toute sensation spéciale, au milieu d'une constipation opiniâtre qui durait depuis plusieurs jours et au moment d'un effort violent d'expulsion, un flot de liquide séro-sanguinolent s'écoule par le vagin et inonde les jupes de la malade. Cet écoulement dura six jours pendant lesquels la patiente était littéralement baignée par cette sécrétion aussi abondante qu'inexplicable dans ses origines. La quantité fut estimée à plusieurs litres.

Huit jours après, le 15 mai, les règles parurent pendant six jours, comme d'habitude, mais quand elles eurent cessé, ce fut l'écoulement séreux qui reprit de nouveau. Avec l'établissement de ce flux singulier avait disparu la douleur.

Voici le résultat de mon examen trois semaines plus tard (5 juin 1888).

L'abdomen est plus saillant ; la musculature des parois est tendue spasmodiquement du côté gauche.

Vagin un peu relâché ; cystocèle. Col utérin très gros, éversé, congestionné. Cavité utérine : 7 1/2.

La direction générale de l'utérus est déviée de haut en bas et de gauche à droite.

Après l'hystérométrie, je vois très nettement du liquide citrin sourdre assez abondamment à l'orifice cervical ; c'est le produit de cette espèce d'hydroporrhée dont est affectée la malade.

L'examen manuel combiné me fait découvrir à droite une tumeur du volume d'un gros œuf, prolabée dans le cul-de-sac de Douglas qu'elle déprime.

A gauche existe une tumeur plus volumineuse encore qui paraît avoir la dimension d'une noix de coco, régulière, affectant la disposition d'un ovoïde vertical et dépassant le détroit supérieur. Cette tumeur est résistante et me paraît contenir du liquide. Le corps de l'utérus est entraîné de ce côté. En réalité, les deux trompes sont gravement malades.

Pas d'empâtement réel dans le paramétrium, qui est le siège cependant de douleurs vagues, mais très supportables au toucher.

J'essayai sans succès de sonder la corne gauche de l'utérus et de passer mon cathéter flexible dans la trompe correspondante que je jugeais perméable. On verra plus tard que la trompe droite était béante, mais à ce moment, j'étais mal fixé sur l'origine du liquide hydroporrhéique.

La malade mange et dort bien. Constipation habituelle.

Elle n'a jamais eu de fièvre, sauf au moment de sa chute.

Elle est nerveuse et pleure facilement.

Le facies est habituellement pâle et parfois les traits sont fortement tirés.

L'examen, dont je viens de relater les points principaux, a été répété sous le chloroforme, en pleine période de douleurs aiguës.

Le curetage explorateur, pratiqué séance tenante, révèle l'existence de fongosités épaisses et assez abondantes dans la cavité du corps de l'utérus.

Je complète mon opération sur les instances du médecin traitant de la malade. Je pratique immédiatement l'abrasion des fongosités, à la curette, aussi complètement que possible.

Suites opératoires simples.

Peu après l'opération, j'eus l'occasion de constater que le côté droit du bassin était occupé par une tumeur assez volumineuse et que le côté gauche était fortement empâté.

Environ un an après, les phénomènes douloureux réappurent lors de l'examen que je pratique le 2 avril 1889, je constate alors que le bassin s'emplit de plus en plus par le fait de l'accroissement incessant des tumeurs anciennement reconnues, dont la droite remonte à l'ombilic et est douloureuse au palper.

Un phénomène, non pas nouveau absolument, car je l'avais déjà relevé, particulièrement en septembre 1888, mais insolite par son intensité, se produit avec persistance depuis lors. L'écoulement de liquide peu coloré, cette sorte d'hydrorrhée qui apparaissait autrefois d'une façon assez discrète, a lieu maintenant d'une manière continue.

La perte est très abondante. Parfois il sort du vagin un véritable flot qui inonde les vêtements. C'est surtout à la suite d'un mouvement brusque, quand la malade se lève ou quand elle s'assoit, que l'écoulement se produit. L'expulsion de ce flot se fait de préférence par périodes et est précédée de fortes coliques. Dans l'intervalle, ce n'est qu'un suintement régulier. La malade estime la quantité à un verre à Bordeaux par jour, et, de fait, j'ai été témoin d'une de ces pertes, pendant un examen ; j'eus tout lieu d'être surpris de son abondance, comparable à ce qu'on observe quand une petite poche d'eau se rompt sous le doigt, pendant l'accouchement.

Le liquide est citrin, légèrement rosé et empêche fortement les vêtements.

Une seule fois, il y a eu un répit de huit jours, dans cette excrétion régulière.

Les pertes sanguines ont totalement disparu depuis mon intervention de juin.

Le col utérin est gros et criblé de kystes folliculaires saillants. La malade affirme être restée cinq mois sans relations sexuelles.

Son état général est meilleur qu'en été, ce qu'elle attribue à une alimentation plus régulière et mieux supportée.

Néanmoins les crises douloureuses ne tardent pas à s'exaspérer et après quelques semaines de séjour à Paris, la situation devient intolérable, tant par l'affaiblissement graduel et l'altération de la santé générale causée par les pertes, que par la souffrance et l'incapacité de travail qui en sont la conséquence.

La malade réclame une opération radicale.



Fig. 4. — Papillome de la trompe (DOLÉRIS), $\frac{3}{4}$ de grandeur naturelle.

Etant donné l'insuccès de mes premières tentatives, et d'ailleurs persuadé qu'il s'agissait de tumeurs dont l'ablation seule aurait raison, je décidai la laparotomie.

Je pratiquai l'opération le 2 juillet 1889 avec mon assistance habituelle. Préparatifs comme à l'ordinaire. Incision abdominale de douze centimètres. La paroi abdominale est grasse et épaisse.

A l'ouverture du péritoine, je ne constate pas d'ascite.

Le tablier épiploïque est épaissi, tendu au devant du bassin et adhère par son bord inférieur au pourtour du détroit supérieur. Le

décollement en est assez pénible. L'utérus est incliné vers la gauche.

Je trouve à droite une tumeur grosse comme un petit melon à paroi épaisse, de coloration blanc nacré, à contenu que l'on peut déjà juger transparent.

Ponction de la tumeur ; il s'écoule un liquide citrin de consistance mélécérique. Issue dans le péritoine, d'un peu de liquide. Après l'évacuation de la poche, aux deux tiers, la tumeur reste volumineuse comme le poing et paraît solide,

Adhérences de la tumeur à l'épiploon, à deux anses intestinales et aux parois pelviennes.

L'adhérence avec le fond de l'excavation était mollassée, lardacée, épaisse, néanmoins assez facile à décoller.

Je rencontre en arrière de la masse, des kystes gros comme des noix, situés sous le revêtement de la tumeur, et qui paraissent développés sur l'ovaire.

Ligature double ; soigneuse cautérisation du pédicule assez épais, au thermocautère.

A gauche : ovaire kystique et trompe confondus en une tumeur un peu moins grosse que le poing, avec des parties kystiques qui crèvent sous les doigts.

La tumeur oophoro-salpingitique adhère avec l'intestin sur une étendue de dix à douze centimètres ; de même avec le bord inférieur gauche de l'épiploon. Il existe, en outre, d'autres adhérences sous forme de brides énormes, allant droit, de la paroi utérine au rectum et à la paroi pelvienne postérieure.

Une fois la tumeur pédiculisée et enlevée, comme je constate que le pédicule porte sur l'extrémité de l'ovaire, je détruis la parcelle ovarique restée en place par une cautérisation forte et prolongée, au cautère Paquelin.

Pour finir, je recherche l'état du cul-de-sac de Douglas, encore parcouru par des brides filiformes, pour la plupart, et dont quelques-unes ont l'épaisseur d'une ficelle de fouet. Ces brides font du cul-de-sac, maintenant vide, une cavité tendue, en divers sens, de cordes dures et résistantes sur lesquelles l'intestin pourrait bien venir s'étrangler, ce qui me décide à les sectionner après coup au thermocautère.

Les extrémités se rétractent et sont exsangues.

Lorsque le bassin me paraît à peu près dégagé, je fais un grand lavage à l'eau salée suivi d'une exploration minutieuse nouvelle. Tout est bien. Je ne juge pas le drainage utile ; l'eau du lavage sort parfaitement propre.

Fermeture du ventre ; dix points de suture au crin de Florence.

L'opération (ablation, ligature, cautérisation, lavage et suture abdominale) a duré cinquante minutes.

Pansement habituel. Suites normales. Retrait des fils le dixième et le onzième jour.

Suppuration superficielle à l'angle inférieur de la plaie, qui disparaît en quarante-huit heures. Vers le quinzième jour, phénomènes légers d'engouement intestinal qui cèdent à des purgatifs, n'entravent point la marche régulière de la guérison, mais prolongent un peu la convalescence.

Au bout de 5 semaines, la malade se levait et six semaines après l'opération, elle partait en convalescence.

Examen anatomique des pièces. — Les annexes gauches ne présentent que des lésions d'inflammation chronique banale sans néoplasie aucune. La trompe droite est au contraire convertie en un kyste volumineux à parois épaisses dont la surface interne est recouverte de végétations arborescentes réalisant le type des papillomes végétants. Les trois quarts de la cavité tubaire sont tapissés des mêmes productions. Vers son quart interne, le conduit se rétrécit et sa muqueuse cesse d'être manifestement végétante à ce niveau. La lumière du canal est néanmoins agrandie.

Il existe un segment tubaire juxta-utérin, long de trois centimètres environ. Il fait suite à la portion rétrécie de la tumeur. L'orifice interne de ce segment, celui qui répond à la corne utérine, est très étroit et c'est avec peine, sur la pièce rétractée, après ablation, qu'on arrivait à l'apercevoir. Après un séjour de quelques jours dans l'alcool, le point correspondant à l'orifice est presque invisible.

Examen histologique. — La structure des végétations intratubaires est celle que l'on rencontre habituellement dans les papillomes. Un centre conjonctif parcouru par des vaisseaux et une couche épithéliale périphérique.

Les cellules épithéliales ont conservé leur forme cylindrique telle qu'on la voit dans la muqueuse tubaire. Un point qui a frappé MM. Paul Petit et Suchard, c'est l'existence, en certains points de ces végétations, de rangs doubles et triples de cellules épithéliales superposées, ce qui militerait en faveur de l'idée de malignité, et peut-être de récidence possible.

OBS. VI. — BLAND SUTTON, *Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes.*

RÉSUMÉ. — *Femme 39 ans. — Douleurs pelviennes, ménorrhagie, tumeur de chaque côté de l'utérus. — Pas d'ascite ni d'écoulement vaginal. — Trompe droite bourrée de masses papillomateuses. — Trompe gauche malade. — Guérison.*

Une galloise âgée de 39 ans avait déjà été soignée par plusieurs médecins pour une douleur pelvienne intense, une ménorrhagie abondante. Elle avait une tumeur tendue et douloureuse de chaque côté de l'utérus. Il n'y avait pas d'ascite ni d'écoulement vaginal.

La trompe gauche était étranglée par une adhérence épaisse qui s'insérait à l'ovaire et à une portion de l'uretère. Le reste de la trompe était transformé en un kyste du volume d'une noix rempli d'une matière pultacée jaune. La tumeur de la trompe du côté de l'étranglement était obstruée, l'orifice péritonéal était ouvert.

Dans la trompe droite, de la grosseur d'une figue, l'orifice péritonéal était perméable, les parois très épaisses et la surface interne était tapissée de masses adénomateuses dont l'aspect ressemble d'après l'auteur à la pièce de Doran.

Pas de description microscopique.

OBS. VII. — MONPROFIT et PILLIET, *Bull. Soc. anat.*, juillet 1893, n° 19, p. 505. — *Adénome dans une trompe enflammée.*

Mme M..., 34 ans, a été réglée à 13 ans. Les règles ont toujours été très irrégulières et fort douloureuses, l'écoulement de sang était très peu abondant.

Elle se marie à 49 ans. Les douleurs abdominales augmentent

d'intensité, jamais il n'y a eu d'aménorrhée, pendant deux ou plusieurs mois suivie d'une perte de sang pouvant faire penser à une fécondation ou à une fausse couche.

A l'âge de 28 ans, les douleurs qui se localisent dans les deux fosses iliaques augmentent encore, la marche devient impossible et à chaque époque menstruelle des crises de coliques salpingiennes éclatent extrêmement violentes.

Depuis dix mois, les douleurs se sont localisées avec une acuité toute particulière dans le côté droit du bas-ventre.

La santé générale s'est conservée assez bonne ; mais les douleurs devenant de plus en plus intolérables, je suis amené à examiner Mme M... au mois de juin dernier.

Examen des organes génitaux. — Le toucher permet de constater que l'utérus est petit, peu mobile. Le col est conique et non ulcéré.

Les mouvements sont limités et très douloureux.

Dans les deux culs-de-sac, on provoque par la pression une sensation extrêmement pénible et on constate deux tumeurs ovaro-salpingiennes petites mais très nettes. Les annexes sont manifestement adhérentes.

La laparotomie est pratiquée le 30 juin dernier. Les annexes du côté droit sont procidentes dans le cul-de-sac de Douglas et très fortement adhérentes. L'ovaire est augmenté de volume et la trompe est déformée et altérée. Pendant l'extraction des annexes, je sens l'ovaire se rompre et un petit caillot arrondi du volume d'une cerise environ s'échappe dans la main.

Du côté gauche, les annexes présentent les mêmes altérations, leur ablation ne présente rien de notable.

La guérison se fit normalement et les douleurs vont en s'atténuant d'une façon très manifeste.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — La trompe droite est assez volumineuse et épaisse, et sur les coupes on constate que sa cavité est à peu près comblée par des végétations renflées, recouvertes de leur épithélium cylindrique, comme dans les salpingites catarrhales ordinaires. Mais au-dessous, dans la couche musculaire, se trouve un réseau de cavités communicantes, plus ou moins dilatées et irrégulières, tapissées par

un épithélium semblable à celui de la trompe. Ce réseau forme une couche large et épaisse qui se continue dans toute la portion ampullaire de la trompe, en étant plus abondant au voisinage du pavillon. On pourrait croire que ces productions d'apparence adénomateuse, résultent de la soudure d'un grand nombre de franges de la trompe, comme c'est la règle dans les inflammations de la trompe, mais des cavités semblables se retrouvent dans l'épaisseur des muscles et dans le péritoine. Elles sont de dimensions à peu près égales et on peut en compter, sur une seule coupe transverse, une vingtaine environ, dispersées dans l'épaisseur de la paroi. Il n'existe pas de traînées épithéliales diffuses pouvant faire penser à un épithélioma, mais seulement ces dilatactions en cul-de-sac qui partent de la muqueuse, de la trompe et communiquent très vraisemblablement entre elles, bien que le fait soit impossible à voir sur les coupes.

L'ovaire est atteint d'ovarite scléro-kystique, à un degré très avancé, et la poche hémorragique qu'il contient s'est développée dans un corps jaune, comme c'est la règle dans ces hémorragies compliquant les ovarites chroniques.

En résumé, les végétations et les cryptes développées aux dépens de la muqueuse tubaire sous l'influence de l'inflammation ont amené la production de boyaux épithéliaux perforant la musculature et développés au point de constituer un adénome. L'origine irritative de ces productions dans la trompe ne doit pas surprendre, puisque l'on voit que dans les vicères comme le foie, le rein, la capsule surrénale, etc., les formations adénomateuses coexistent avec la sclérose y paraissent être un des modes de réaction des cellules parenchymateuses aux irritations qui amènent l'épaississement du tissu conjonctif.

Les productions adénomateuses étaient si développées en certains points, qu'on aurait pu croire se trouver en présence d'un épithéliome kystique de la trompe. Mais l'absence de diffusion de l'épithélium nous a fait rejeter cette idée ; il ne s'agit évidemment que d'un adénome par irritation.

OBS. VIII (1), due à l'obligeance de MM. CHIFOLIAU et MERKLEN, communiquée à la *Société anatomique* par MM. CHIFOLIAU, MERKLEN, JACOMET, en juillet 1890.

RÉSUMÉ. — *Femme 43 ans. — Mariée à 15 ans. Réglée à 16 ans. 7 grossesses dont deux fausses couches : la dernière faite dans la rue en 1886. — Depuis lors, métrorrhagies abondantes. — En 1896, hémiplégie droite et aphasie. — Tumeur salpingienne droite. — Surface interne de la trompe tapissée de végétations. — Annexe gauche. — Appendicite. — Guérison.*

La nommée Mélanie B..., cuisinière, âgée de 34 ans, entre le 13 mars 1897 dans le service de M. le Dr Ricard. Dans ses antécédents héréditaires et collatéraux, rien n'est à signaler. Elle se marie à 15 ans et 3 mois et n'est réglée qu'après son mariage à l'âge de 16 ans. Elle eut 5 enfants et fit deux fausses couches, perdant abondamment du sang à chaque fois. Sa dernière couche date de 1886. Elle la fit dans la rue et resta, à la suite, 15 jours au lit. Depuis cette époque, elle a de fréquentes métrorrhagies (sang et caillots), tous les 15 jours pendant huit jours au moins.

Depuis son dernier accouchement son abdomen est resté un peu gros. Elle y ressent des douleurs expulsives et se plaint aussi de douleurs dans les cuisses et les jambes. Malgré tout, elle continue à travailler.

Le 1^{er} octobre 1896, la malade est prise brusquement le matin au lever d'hémiplégie droite avec aphasie et œdème du côté droit.

En même temps, elle perd beaucoup de caillots. Transportée à la Charité où on la soigne par l'enveloppement ouaté, elle en sort pouvant marcher au bout de 2 mois.

Les métrorrhagies avaient cessé pendant son séjour à l'hôpital, mais réapparurent aussitôt la reprise du travail. Elle dut s'aliter : l'hémorrhagie dura un mois. Au bout de ce temps elle se décida à entrer dans un service de chirurgie.

A son entrée, elle est pâle, décolorée, amaigrie, le pouls est petit, la

(1) Nous remercions vivement nos collègues et amis MM. Chifoliau et Merklen qui ont mis à notre disposition l'observation et les préparations histologiques de ce cas intéressant signalé dans la thèse de M. Barnsby.

métrorrhagie abondante ; de plus la malade a de la diarrhée, des vomissements bilieux, de l'anorexie.

La palpation du ventre est très douloureuse surtout du côté droit, au-dessus de l'arcade crurale. On sent dans l'hypogastre une tumeur dure, de forme assez irrégulière, paraissant médiane, remontant jusqu'à l'ombilic et un peu plus haut du côté droit.

Dans la fosse iliaque droite, on sent au-dessus de l'arcade crurale une rénitence profonde, mais la douleur rend impossible une palpation décisive.

Par le toucher, on perçoit un col gros déchiré, le cul-de-sac postéro-latéral droit est rempli par une tumeur volumineuse.

Le diagnostic alors porté fut celui de fibrome utérin avec annexite probable du côté droit. L'opération fut retardée, étant donné la faiblesse du pouls et l'état général grave. On remonta la malade par le repos ; on prescrivit des injections vaginales chaudes matin et soir, des injections sous-cutanées de sérum artificiel, et une potion d'ergotine.

Les vomissements cessèrent peu à peu, les hémorrhagies diminuèrent rapidement pour cesser le 15^e jour, et la température qui tous les deux ou trois jours avait des recrudescences montant à 38 et au-dessus, tombe le 20^e jour.

A un nouvel examen, on sent par la palpation que la tumeur est un peu mamelonnée à sa surface, mate en tous points, elle occupe surtout la partie droite de l'hypogastre, la fosse iliaque droite, s'étend en haut jusqu'à l'ombilic, dépasse un peu la ligne blanche à gauche, et se trouve à droite à un travers de doigt de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Sa consistance est rénitente, peut-être un peu fluctuante à droite surtout.

La douleur est surtout vive à droite vers la partie moyenne de l'arcade crurale. La mobilité est à peu près complète dans le sens transversal, elle est moindre dans le sens vertical où la tumeur paraît fixée.

Au toucher on sent un col gros dont la lèvre antérieure proémine, pointue, au contraire de la lèvre postérieure qui est extrêmement réduite. L'orifice est élargi dans le sens transversal, irrégulier, regardant presque directement en arrière.

Par le palper combiné, on trouve le cul-de-sac gauche rempli par un corps dur qui suit le col dans les petits déplacements qu'on lui imprime et qui paraît être le corps de l'utérus au premier abord : un examen plus prolongé le montrant irrégulier et dur paraît indiquer qu'il s'agit d'un fibrome.

La tumeur abdominale remplit tout le cul-de-sac droit dans sa partie postérieure, elle suit les déplacements du col et lorsqu'on porte rapidement et alternativement le col en avant et en arrière, on voit la tumeur abdominale se soulever.

Plus en avant dans le cul-de-sac droit on croit sentir un cordon arrondi au point d'insertion de la trompe.

Dans les autres organes on ne trouve rien à signaler si ce n'est au poumon où l'inspiration est rude, saccadée avec quelques crépitations au sommet gauche. Le sommet droit en arrière donne des râles secs ou des frottements.

Le 15 juin, la malade parut en état de pouvoir être opérée. A l'opération, on trouva une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, reconnue liquide à la ponction, avec contenu jaune-rougeâtre, à parois très épaisses, et constituée par la partie externe de la trompe et l'ovaire droit. Toute la moitié interne de la trompe apparaissait à la surface de la tumeur comme un cordon recourbé ; elle était grosse comme l'index. La dissection de cette tumeur, après évacuation préalable, fut difficile en raison de nombreuses adhérences, avec l'épiploon, l'intestin grêle et les parois du petit bassin. L'urèthre fut découvert et disséqué sur une petite étendue. Cette dissection permit en outre de constater, adhérent par un tissu extrêmement induré à la partie postéro-latérale droite de la tumeur, l'appendice volumineux, dur, turgescant recourbé en S, et renfermant dans sa cavité plusieurs corps étrangers facilement sentis à la palpation. Néanmoins l'extirpation totale de la tumeur fut possible. A gauche, salpingite purulente moins volumineuse, mais extrêmement adhérente au rectum. L'extirpation laborieuse fut cependant complète.

L'utérus, dans la situation reconnue par l'examen clinique, renfermait dans sa corne gauche quelques petits fibromes du volume d'une noisette. Il fut laissé en place.

L'ouverture de la trompe droite enlevée montra sa surface interne tapissée de petites végétations arrondies, pédiculées, serrées, ressemblant à de véritables choux-fleurs. Par places, des zones ecchymotiques et des groupes de lacunes. Dans la trompe gauche, mêmes végétations, mais moins accentuées.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Epithélium cylindrique tapissant les végétations, et s'enfonçant dans le parenchyme, donnant ainsi l'aspect de l'adénome. Le tissu conjonctif tend à devenir muqueux.

Obs. IX (personnelle). — RÉSUMÉ. — *Femme 37 ans, mariée. — 7 grossesses dont 2 fausses couches à 6 mois. — Depuis 18 mois, tumeur intermittente dans le flanc droit, disparaissant tous les 3 mois environ, mettant 3 semaines pour atteindre son plus grand développement. — Pas de troubles de la sécrétion urinaire. — Pas de troubles utérins. — Trompe droite dilatée, adhérente, orifice tubo-utérin oblitéré. — Végétations papillomateuses à l'intérieur de la trompe. — Guérison.*

Mme O..., âgée de 37 ans, a encore son père et sa mère en bonne santé. Elle-même n'a jamais été malade dans son enfance. Elle aurait eu, à 10 ans, une fièvre cérébrale (?) à la suite de laquelle elle aurait perdu la mémoire pendant plusieurs semaines. Elle a toujours été bien réglée depuis l'âge de 12 ans, époque d'apparition de ses règles. Mariée, elle eut 7 grossesses, les deux premières furent des fausses couches de 6 mois. Aux deux dernières, la malade eut de l'hydramnios. La première remonte à 17 ans, la dernière à 6 ans. Elle n'a jamais eu d'accidents ni de complications dans les suites de couches. Son mari est bien portant.

Le 17 juin 1898, elle va consulter M. Doléris pour une tumeur à évolution intermittente qu'elle a remarquée dans son abdomen depuis 18 mois. Cette tumeur *disparaît tous les 3 mois environ*. Ces phénomènes singuliers ont donc été observés 5 ou 6 fois depuis le début. La malade ne souffre pas ; ce n'est qu'au moment où la tumeur va disparaître qu'elle ressent une forte douleur siégeant à la partie supérieure droite de l'abdomen et s'irradiant vers l'épigastre et le thorax. M. Doléris, le 17 juin, constate une tumeur du volume de la tête d'un

fœtus à terme, occupant le côté droit du ventre, jusqu'à la ligne médiane, dure, régulière, ayant les caractères d'une tumeur liquide très tendue ou d'un fibrome de moyenne consistance. Elle descend jusqu'au détroit supérieur sans plonger dans l'excavation et paraît nettement séparée de l'utérus. Elle est un peu mobile et paraît se rattacher à la région de l'hypochondre droit où son extrémité supérieure est d'une fixité relative, comme si elle était adhérente au rein ou à la face inférieure et profonde du foie. Le voisinage de la tumeur ne détermine aucun trouble du côté de ces viscères. La malade n'a jamais eu d'ictère ni de coliques hépatiques, elle n'a pas eu non plus de coliques néphrétiques ni d'intermittence dans l'excrétion urinaire. Après la consultation, en rentrant chez elle, Mme O... prit des cachets qu'elle possédait, dont la composition ne nous est pas connue ; elle eut des vomissements et des selles abondantes sans augmentation de la quantité des urines. Elle eut le sentiment que la tumeur avait disparu. Le fait était exact et avait peut-être été provoqué autant par les manipulations d'un examen prolongé que par les efforts de vomissement.

La malade revient le 21 juin, c'est-à-dire 4 jours après le premier examen pour faire constater qu'il n'y avait plus de tumeur. Le ventre paraît en effet relâché. En palpant, on ne tombe plus directement sur cette masse dure, régulière qu'on avait sentie 4 jours auparavant ; à un examen superficiel, l'aspect de l'abdomen est uniformément régulier et la souplesse du ventre paraît être la même partout. En insistant sur la palpation, on arrive à retrouver et à limiter dans le flanc et l'hypochondre droit une masse aplatie, elliptique à grand axe vertical et dont les parois sont peu tendues, peu rénitentes comme si la tumeur s'était en effet évacuée en partie. Cette tumeur se déplace peu, en la comprimant d'avant en arrière, elle vient faire saillie sur la région lombaire. On peut lui imprimer de légers mouvements dans le sens vertical. Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement appréciable. L'utérus est en bonne situation et les culs-de-sac restent libres, même si on cherche à abaisser la tumeur ; on a bien l'impression d'un kyste implanté sur la région du flanc droit.

En résumé, la malade se plaint d'une tumeur qui apparaît et disparaît par intermittence et deux examens, faits successivement, montrent la véracité de ces dires.

Quelle peut-elle être ? Les médecins qui ont examiné le cas antérieurement ont pensé à une hydronéphrose. Cette tumeur est indolore à la pression, elle n'occasionne jamais de douleurs spontanées. Au moment où elle disparaît, la malade ressent une forte douleur sous forme de coliques, siégeant au niveau de l'hypochondre droit et s'irradiant vers l'épigastre et le thorax. Elle n'a pas de vomissements, pas de diarrhée, pas de pertes par le vagin ; elle dit n'avoir pas de fièvre, mais elle est obligée de s'aliter et elle a remarqué que les urines si elles n'étaient pas plus abondantes étaient beaucoup plus foncées en couleur. La tumeur s'évacuerait environ tous les 3 mois et mettrait environ 3 semaines pour atteindre à nouveau tout son développement.

Rien dans l'évolution de la tumeur qui est apparue insidieusement sans attirer l'attention par son rapide accroissement ou par des douleurs (la malade ne s'est aperçue de sa présence que depuis 18 mois par la déformation et l'augmentation de volume de la région droite de l'abdomen) — rien dans les antécédents héréditaires ou personnels ne peut mettre sur la voie du diagnostic de son siège exact ni de sa nature.

Mme O... vient pour être opérée le 5 juillet 1898. Un troisième examen montre que la tumeur abdominale est presque aussi développée que lors du premier. Elle occupe la région iliaque, la région hypogastrique et tout le flanc droit ; son extrémité inférieure est distante de trois travers de doigt du pubis ; son extrémité supérieure remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Elle présente au palper les mêmes caractères de résistance, de forme, de mobilité. Elle a actuellement le volume d'un œuf d'autruche et d'après la malade elle doit encore grossir. On ne sent pas la tumeur par le toucher vaginal, même en s'aidant de l'abaissement. L'utérus a son volume normal et l'on est tenté comme le médecin de la malade de croire à une hydronéphrose, bien qu'il n'y ait jamais eu de décharge urinaire. M. Doléris, cependant peu partisan de ce diagnostic, voulant s'entourer de toutes les indications cliniques possibles prie M. Desnos de bien vouloir faire l'exploration urétérale.

Le 8 juin, le cathétérisme des uretères est infructueusement tenté.

L'opération est décidée pour le lendemain, M. Doléris s'attendant

plus à trouver un kyste des ligaments ou du mésentère qu'une collection rénale.

Opération. — L'opération est faite le samedi 9 juin sous chloroforme. Après une incision partant de 2 centimètres au-dessous de l'ombilic pour aller au pubis, on voit immédiatement paraître entre les lèvres de la plaie une tumeur liquide, volumineuse (20 + 30) mobile, à parois grisâtres, tendues, non transparentes, non vascularisées comme celles des kystes de l'ovaire, presque absolument lisses, mais légèrement irrégulières. A la partie externe de cette tumeur on voit un petit kyste ovarien qui se rompt spontanément au moment du clivage.

Cette tumeur est en rapport en dedans avec une anse de l'intestin grêle et elle est, à sa partie supérieure et interne, recouverte incomplètement par l'épiploon très vasculaire à ce niveau.

Après une tentative infructueuse d'énucléation sans ouverture de la poche, on fonctionne celle-ci au bistouri. Il s'en écoule un liquide sirupeux, gommeux, gluant, filant, citrin foncé, contenant en suspension des petites granulations analogues à de la semoule cuite. La poche est alors tirée facilement hors de la plaie. Mais, si elle n'avait pas d'adhérences sur sa face antéro-supérieure, elle est, par contre, très adhérente aux parties profondes, à l'intestin, au péritoine pariétal et au méso-côlon.

En bas, vers le petit bassin, on trouve une anse intestinale accolée à la tumeur ; on peut facilement l'isoler.

Par clivage, on peut aussi arriver à libérer la tumeur, sauf en deux points : à sa partie inférieure et à sa partie supérieure.

La partie inférieure présente un pédicule, qu'on peut suivre, qui se dirige vers l'utérus et sur lequel il est facile de placer une pince-clamp.

La partie supérieure est haut située, à deux travers de doigt du bord inférieur du foie. Elle adhère par des tractus péritonéaux résistants et renfermant quelques vaisseaux mésentériques.

Entre ces deux points adhérents, formant comme les piles d'un pont, existe une partie de la tumeur libérée.

La partie sous-jacente est formée de deux lèvres péritonéales.

Des sutures à la soie sont faites sur les deux pédicules que l'on sectionne.

Un incident vient alors prolonger l'opération. Le bas-fond du flanc

droit se remplit petit à petit de sang : on n'en trouve d'abord pas la cause. On agrandit l'incision de la paroi au niveau du pédicule supérieur de la tumeur : on voit enfin deux petites artérioles, branches de la mésentérique, qu'on saisit et dont on fait la ligature à la soie.

On suture alors au catgut très fin les deux lèvres de la poche que formait le péritoine. Cette suture est longue de 10 à 12 centimètres oblique de haut en bas, de dehors en dedans, elle part de deux travers de doigt de la face inférieure du foie, presque de l'angle costo-vertébral, elle semble faite sur le méso-côlon ascendant.



FIG. 5. — Face antérieure de la tumeur salpingienne ; adhérence à l'intestin et à l'épiploon (DOLÉRIS).

On fait rigoureusement la toilette du péritoine, on suture la paroi abdominale (peau, muscle, péritoine en bloc) par des crins de Florence assez rapprochés les uns des autres.

Chaque point de suture pariétale amène une hémorrhagie assez abondante pour laisser croire un instant que le sang vient encore des parties profondes.

Les suites opératoires furent excellentes, la malade va actuellement très bien.

Examen macroscopique. — La tumeur, en partie pleine de liquide,

était arrondie, elliptique : sa paroi antérieure était dépourvue d'adhérence, peu vasculaire, mais tomenteuse. Elle mesurait environ 30 centimètres de long sur 20 centimètres de large. Ces dimensions étaient naturellement moindres que celles de la tumeur intacte et pleine. Le liquide qu'elle contenait était visqueux, citrin, foncé, semblable à une solution de gomme et contenait quelques grains isolés, analogues à des grains de riz ou à de la semoule cuite.

La tumeur vide représente une poche à parois épaisses. Ces parois se sont épaissies et tassées par suite du retrait occasionné par l'évacua-

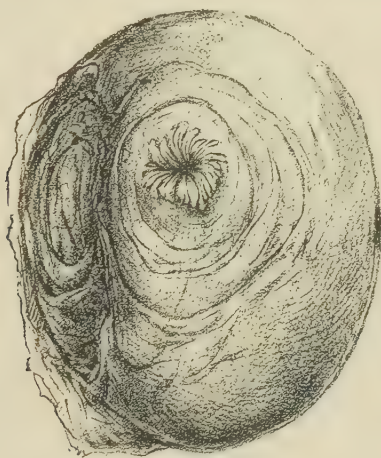


FIG. 6. — Face postérieure de la tumeur salpingienne (DOLÉRIS).

tion partielle du contenu. Elles ont à la coupe une apparence musculaire, rosée dans sa partie interne, blanc-jaunâtre dans sa couche la plus externe et rappelant l'aspect de l'albuginée, mais friables et de faible consistance.

La face antérieure de cette tumeur où siège la trace de la ponction, semble être constituée, quant à son feuillet externe, par une sorte de stratification de fausses membranes lisses qui n'ont pas adhéré aux parties voisines.

Sa face postérieure présente, à la réunion de son tiers supérieur et des deux tiers inférieurs, le pavillon de la trompe, en forme de corolle à pétales épais et déliés. Ce pavillon est court, non mobile, comme sessile

sur la tumeur. Il est environné d'une zone rugueuse, tapissée de fausses membranes adhérentes, les unes anciennes, résistantes, mais plus fines cependant que celles qui sont implantées sur la partie interne de la tumeur ; l'une de ces dernières forme un véritable cordage analogue à un cordage des ventricules du cœur flottant à sa partie moyenne. Ce sont les vestiges des parois des logettes adventices où s'épanchait le contenu de la tumeur au moment des vomiques. Vers la partie inférieure et interne de la poche, en bas et en dedans de l'orifice tubaire existe une partie de l'ovaire et du pédicule.

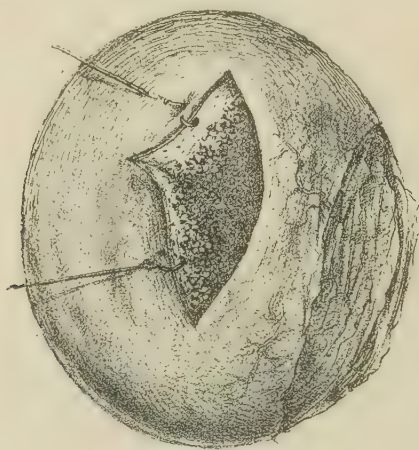


FIG. 7. — Tumeur papillaire salpingienne ouverte montrant les végétations (DOLÉRIS).

Ce pédicule est large, composé des vaisseaux et des deux feuillets péritonéaux.

L'ovaire est atrophié, comprend une petite poche kystique qui s'est rompue au cours de l'opération, mais qui ne contient pas de papillomes. Il est englobé dans des adhérences.

La paroi de la poche incisée mesure $1/2$ à 1 centimètre d'épaisseur. Elle paraît amincie à certains endroits, notamment à sa face postérieure. Elle semble formée de dehors en dedans par le péritoine, la couche musculaire et une membrane interne épaisse, semée de nombreuses granulations de grosseur variable ; les unes du volume d'une tête de grosse épingle, les autres du volume d'un pois.

Ces granulations sont molles non pédiculées, irrégulières, séparées les unes des autres, ayant chacune l'aspect d'un papillome. Cette couche de granulations est uniformément répartie sur toute la face interne de la poche, elle est moins abondante cependant à sa partie interne et postérieure.

Ces granulations nombreuses, se juxtaposant, empêchent de voir l'orifice tubaire du côté du pavillon et du côté de l'utérus ; d'ailleurs l'ostium uterinum est complètement oblitéré. Un fin stylet introduit de dehors en dedans par l'orifice du pavillon suit un trajet de 3 centimètres de long, très oblique en bas et en arrière et se heurte à la membrane interne que l'on peut, par le toucher, juger pelliculaire. Il serait même possible qu'un fin pertuis existât à la face interne entre deux granulations très rapprochées.

D'après le cours de l'opération et l'examen de la tumeur on peut dire que la poche salpingienne (ectasie salpingienne) était adhérente au méso-côlon ascendant et avait rejeté en dedans vers la ligne médiane, côlon, intestin et épiploon. Elle était située très haut, ce qui explique qu'on ne pouvait pas l'atteindre par le toucher vaginal. Elle était mobile dans le sens transversal : cette mobilité était due au méso-côlon.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — L'examen histologique de la trompe fut fait par M. Bourges qui a donné cette description :

Les fragments de la paroi kystique ont été durcis dans l'alcool et les coupes ont été colorées au picro-carminate d'ammoniaque ou bien au carmin et à l'hématoxyline. A un faible grossissement (2 de Stiasni), on constate que la paroi même du kyste présente une épaisseur d'environ 6 millimètres $1/2$ et que les prolongements papillomateux atteignent et dépassent même une longueur d'un centimètre. (Dans une trompe normale la paroi, au point où elle présente la plus grande épaisseur, ne dépasse pas deux millimètres et les plis longitudinaux n'ont guère plus d'un millimètre et demi de long.)

On peut distinguer dans la paroi une mince couche externe fibreuse, très dense ; au-dessous une épaisse couche de 4 millimètres environ, formée principalement de faisceaux de fibres musculaires lisses. Enfin une couche interne conjonctive ne dépassant guère 1 millimètre $1/2$ d'épaisseur. C'est de cette couche que se détachent les longues franges

papillomateuses qui donnent un aspect de chou-fleur au revêtement interne de la paroi kystique. Ces franges présentent exactement l'aspect des franges de la trompe : prolongements cellulo-conjonctifs, assez vasculaires, recouverts d'une palissade de cellules épithéliales cylindriques.

A un fort grossissement (6 de Stiasni), voici ce que l'on remarque dans les différentes couches que nous venons de distinguer.

A la surface libre de la couche fibreuse externe, on ne trouve nulle part trace de l'épithélium péritonéal. Cette couche fibreuse externe est constituée par de gros faisceaux de tissu conjonctif durs très serrés et ne contenant dans leurs intervalles qu'un très petit nombre d'éléments cellulaires et pas de vaisseaux.

La couche musculieuse représente tous les éléments qu'on trouve dans la couche correspondante de la paroi de la trompe normale, on y distingue des faisceaux à direction transversale et des faisceaux à direction longitudinale. Ces faisceaux de fibres musculaires lisses sont manifestement hypertrophiés et considérablement multipliés. A la partie externe, ces faisceaux sont relativement rares et séparés par des faisceaux de tissu conjonctif lâche, riche en cellules rondes et ovoïdes. Plus profondément les faisceaux musculaires deviennent très nombreux et serrés les uns contre les autres ; ils ne sont plus séparés que par de minces bandes de tissu fibreux, qui est très dense, complètement adulte, rarement coloré en rose par le carmin. Cette couche contient un très petit nombre de vaisseaux qui paraissent normaux.

La couche conjonctive interne, épaissie d'environ 1 millimètre $1/2$, est uniformément formée de tissu conjonctif lâche renfermant un très grand nombre de cellules ovoïdes et des vaisseaux. Son extrémité formant la paroi interne du kyste est hérissée de prolongements papillomateux et entre ces franges elle est tapissée d'une couche unique (double en certains points) d'épithélium cylindrique. Les prolongements papillomateux sont formés exactement comme les franges normales de la trompe d'une trame de fibrilles conjonctives renfermant un grand nombre de cellules ovoïdes et de vaisseaux.

L'épithélium qui tapisse les franges est régulièrement cylindrique. On n'y voit pas de cils vibratiles. Sur plusieurs endroits il est gonflé et subit une transformation muqueuse.

TABLEAUX DES OBSERVATIONS
DES
TUMEURS PAPILLAIRES BÉNIGNES
DE LA TROMPE

Papillome de la

Ce tableau ne renferme exclusivement que les cas observés

N ^o	Age et conditions	Côté	PRINCIPAUX SYMPTÔMES.	Durée des signes avant l'opération
1	50 M	Droit	Inflammation pelvienne aiguë. Pas d'écoulement vaginal. Epanchements pleuraux et péritonéaux.	2 ans
2	45 M (?)	D	Aménorrhée. Douleur pelvienne. Tumeur tendue. Difficulté de la miction et de la défécation. Pas d'ascite ni d'écoulement vaginal.	1 an
3	31 M	D et G	Inflammation pelvienne et tumeur, toutes deux fluctuantes. Pas d'ascite ni d'écoulement vaginal.	7 ans
4	?	?	Ascite.	?
5	28 C	D	Écoulement vaginal probablement blennorrhagique à 21 ans. 4 ans après, douleurs hypogastriques, 15 mois écoulement séreux abondant par le vagin. Pas d'ascite.	7 ans
6	39 (?)	D	Vives douleurs pelviennes, menstruation abondante. Ménorrhagie. Vaste tumeur douloureuse de chaque côté de l'utérus. Pas d'ascite ni d'écoulement vaginal.	?
7	34 M	D et G	Coliques salpingiennes à chaque menstruation. Douleur au toucher dans les deux culs-de-sac latéraux du vagin. Tumeur des 2 côtés. Pas d'écoulement par le vagin ni dans le péritoine.	15 ans

trompe de Fallope

cliniquement et pathologiquement (D'après ALBAN DORAN)

CARACTÈRES DE LA TUMEUR.	Résultat opératoire	Auteur	INDICATIONS.
Trompe dilatée, remplie de végétations papillomateuses, rien à l'extérieur ni ailleurs. Ostium perméable permettant l'échappement de sécrétions dans le péritoine. Terminaison utérine ouverte.	Guérison. Bonne santé. 16 ans après.	Spencer Wells.	Doran. — <i>Trans. pathol. Soc.</i> , vol. XXXI, 1880, p. 174 ; <i>Trans. obstet. Soc.</i> , vol. XXVIII, 1885, p. 232.
Trompe dilatée, remplie de productions papillomateuses, ostium fermé. Etat incertain de l'orifice utérin. Cavité cystique biloculaire de nature indéterminée, au-dessous de la trompe.	Mort le 4 ^e jour.	Bantock.	Doran. — <i>Trans. obstet. Soc.</i> , loc. cit., p. 230.
Trompe dilatée remplie de produits papillomateux, fermée. Kyste de l'ovaire contenant des produits papillaires. Pas de communication entre la trompe et l'ovaire d'aucun côté. Pas de végétations en dehors des kystes.	Guérison. En vie 3 ans après.	Bantock.	Doran. — <i>Trans. path. Soc.</i> , vol. XXXIX, 1888, p. 200.
Productions papillaires dans le 1/3 externe de la trompe sortant par l'ostium perméable.	Mort.	Walter (Manchester).	Sutton. — <i>Surgical diseases of the ovaïres and Fallopian tubes</i> , p. 226, 2 ^e édition.
Végétations papillomateuses dans la trompe droite. Ostium fermé. Terminaison du côté de l'utérus dilatée. Affection inflammatoire chronique des annexes du côté opposé.	Guérison. En vie 4 ans après.	Doléris.	Doléris. — <i>Bull. et mém. Soc. obst. et gyn.</i> , Paris, 1890, p. 12.
Trompe droite du volume du doigt, « l'intérieur est bourré de masses papillomateuses » ressemblant à celles du n° 1. Ostium ouvert. La trompe gauche malade.	Guérison. En vie environ 4 ans après.	Bland Sutton.	Sutton. — Son édition, p. 285 (v. n° 4).
Trompe droite volumineuse remplie de végétations. Ovaire droit gros, scléro-kystique, avec kyste hémorragique développé dans un corps jaune. Annexe gauche.	Guérison.	Montprofit et Pilliet.	<i>Bull. Soc. Anat.</i> , juillet 1893, n° 49, p. 505.

N ^o	Age et conditions	Côté	PRINCIPAUX SYMPTÔMES.	Durée des signes avant l'opération
8	34 M	D et G	Mariée à 15 ans 3 mois, réglée à 16 ans. 7 grossesses dont 2 fausses couches, la dernière en date faite dans la rue en 1886. Depuis métrorrhagies abondantes. Tumeur de chaque côté de l'utérus. Pas d'écoulement.	11 ans
9	37 M	D	7 grossesses, 2 fausses couches. Tumeur intermittente dans le flanc droit, disparaissant tous les mois environ et mettant 3 semaines environ pour se développer. Pas de troubles urinaires. Pas de troubles utérins. Pas d'écoulement vaginal.	18 mois

CARACTÈRES DE LA TUMEUR.	Résultat opératoire	Auteur	INDICATIONS.
Trompe et ovaire droits volumineux. Adhérences nombreuses. Végétations en chou-fleur dans la trompe. Salpingite gauche purulente avec mêmes végétations moins accentuées (?). Appendicite.	Guérison.	Ricard.	Chifoliau, Merklen et Jacomet. — <i>Bull. Soc. Anat.</i>, juillet 1897. p. 617, et notes personnelles.
Trompe droite volumineuse, adhérente. Végétations papillomateuses. Orifice utérin oblitéré. Vomiques péritonéales.	Guérison.	Doléris.	Doléris et Macrez. — <i>La gynécologie</i>, 1898, 15 août, p. 289.

TABLEAUX DES OBSERVATIONS
DES
TUMEURS PAPILLAIRES MALIGNES
DE LA TROMPE

Les tableaux suivants ont trait aux observations d'épithélioma primitif de la trompe de Fallope. Ils sont pris dans les ouvrages de M. Alban Doran qui a bien voulu nous autoriser à les publier (seul le dernier cas n'est pas mentionné dans les tableaux de cet auteur).

Cancers primitifs de la trompe

Cancer développé dans

N ^o	AGE Etat civil	Nombre d'enfants. Date de la ménopause	Côté de la tumeur	PRINCIPAUX SYMPTÔMES.	Durée des symptômes avant l'opération	RÉSULTAT de l'opération
1	46 ans. Mariée 3 ans seulement	avortement 1 an 1/2 avant l'opération ?	Droit	Après convalescence d'une fièvre typhoïde, tumeur à droite de l'utérus ; à ce mo- ment légère leucorrhée. Pelvi-péritonite enkystée à gauche.	1 an 1/2 environ	Mort le 6 ^e jour
2	48 ans. Mariée.	1 enfant 22 ans 6 mois	D	Ecoulement sanieux et aqueux. Périmérite après curettage, alors tumeur à droite de l'utérus.	3 ans.	a vécu 10 mois 3 semaines
3	50 ans. Mariée	Stérile 6 mois	Droit et gauche	Ecoulement liquide sa- nieux. Masse en forme de massue dans le côté droit et douleurs 8 semaines avant l'opération. Tumeur élasti- que de la grosseur d'une prune dans le fornix droit. Petit fibrome utérin sous- péritonéal.	4 ans.	récidive en 18 mois
4	36 ans. M	Stérile (?)	G	Douleurs hypogastriques. Fièvre. Tumeur du côté gauche du bassin.	Depuis longtemps (Veit)	Pas de réci- dive, en bonne santé environ 7 ans après.
5	6 M	Stérile, encore, réglée.	D	Pyosalpynx gauche faisant dévier l'utérus à droite. Tu- meur du côté droit du bassin. Douleurs hypogastriques.	2 ans (douleurs)	Guérison. Récidive au bout de 10 m. « la malade a dû mourir aus- sitôt après ».
6	46 ans. M. 20 ans.	1 enfant, menstrues encore régulières.	D et G	Ecoulement liquide. Dou- leur abdominale. Emacia- tion. 2 tumeurs senties à travers la paroi.	Environ 9 mois.	A vécu en- viron 1 an 1/2

de Fallope (D'après ALBAN DORAN)

une trompe normale.

CARACTÈRES DE LA TUMEUR.	PARTIES VOISINES ENVAHIES.	OPÉRATEUR	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.
Végétations papillomateuses cancéreuses à la terminaison abdominale de la trompe. L'ouverture communique avec une cavité purulente.	Nodules cancéreux dans une poche vésico-utérine. Ganglions pelviens augmentés de volume. Absès volumineux de l'ovaire droit. Suppuration de la trompe et de l'ovaire à droite.	Martin (Berlin.)	Orthmann. — Ueber carcinoma tubæ. <i>Zeitschr. f. geburtshülfe</i> , vol. XV, 1888, p. 212.
Large masse cancéreuse, molle, naissant des parois tubaires. Sérum sanguin fétide dans le canal de la trompe.	Ovaire droit petit, cancéreux. Annexes gauches malades d'une inflammation ancienne. Dépôts secondaires dans l'utérus, la vessie, le vagin, les ganglions lombaires.	Thorton.	Doran. — <i>Transac. path. Society</i> , vol. XXXIX, p. 208 et vol. XL, p. 224.
Masses de consistance de la moelle dans les 2 trompes. Possibilité d'un papillome bénin au moment de l'opération (1).	Lors de l'opération, pas d'extension visible aux organes voisins. Récidive des côtés, surtout à gauche.	Kaltenbach.	Kaltenbach. — <i>Centralblatt f. gynäk.</i> , 1889, p. 74. Eberth. et Kaltenbach. — <i>Zeitschr. f. gebur. u. gyn.</i> , vol. XVI, 1889, p. 357. A. Doran. — In ALBUTT et PLAYFAIR, <i>Traité de gynécologie</i> .
Pyosalpinx avec masses cancéreuses papillomateuses sur la paroi interne de la trompe.	Pas de propagation.	J. Veit.	J. Veit. — <i>Zeitschr. f. geburtsh. u. gyn.</i> , vol. XVI, 1889, p. 212.
La trompe droite contenait une masse médullaire. Cancer vrai médullaire, larges alvéoles, stroma peu épais.	Pas de cancer ailleurs. Ovaire droit atrophié. Une pinte de liquide sanguineux dans la trompe gauche, qui n'avait pas été enlevée. — 10 mois après « l'abdomen et le bassin sont remplis de tumeurs de forme irrégulière, dures, — un peu d'ascite ». Malade émaciée.	Landau.	Landau et Rheinstein. — <i>Arch. f. gyn.</i> , vol. XXXIX, 1895, p. 273.
Trompes distendues, remplies de masses molles villeuses. Caractères microscopiques de carcinome papillomateux.	Utérus, ovaires et parties adjacentes sains (l'utérus fut enlevé par mesure de précaution).	Zweifel.	Zweifel. — <i>Vorlesungen ueber klin. gynäk.</i> , 1892, p. 139.

N°	AGE Etat civil	Nombre d'enfants. Date de la ménopause	Côté de la tumeur	PRINCIPAUX SYMPTOMES	Durée des symptômes avant l'opération	RÉSULTAT de l'opération
7	45 ans. Célibataire	1 enfant (20 ans), menstrues encore régulières.	D et G.	Douleurs hypogastriques. Métrorrhagies. Tumeur élastique du vo- lume du poing à droite dans le bassin. Tumeur plus petite à gauche et au-dessus de l'utérus.	1 an	Guérison. « Récidive au bout de 2 mois. Mort au bout de 5 mois.
8	45 ans.	1 enfant, il y a 20 a. encore réglée.	D	Symptômes de pansalpin- gite. Métrorrhagie. Utérus un peu dilaté avant l'opération, vide.	Quelque temps. Accroisse- ment rela- tivement lent des masses.	Guérison. Pas de réci- dive 7 mois après.
9	36 ans. M	Stérile, menstrues régulières.	D	Ecoulement séreux sa- nieux. Dysurie. Dernièrement apparition d'une énorme tumeur du côté droit dia- gnostiquée ainsi : « myome utérin sous-péritonéal ».	1 an 1/2	Guérison. Pas de réci- dive 1 an 1/2 après l'opéra- tion.
10	55 ?		D	Douleurs hypogastriques. Ecoulement de sang. Tumeur fluctuante du côté droit du bassin, dans la fosse iliaque droite et dans la cavité de Douglas.	2 mois.	Guérison. Pas de récidive 1 an après. « Perdue de vue depuis ».
11	60 ans.	Stérile. 52 ans	D	Accès de douleurs dans la fosse iliaque droite.	4 mois.	Guérison. Récidive en 6 mois. Mort 1 an après l'opé- ration.
12	43 ans. Célibataire	3 enfants, réglée tou- tes les 3 semaines. Ménorrhagie.	D et G	Douleur après effort avant l'opération. Fièvre. Dysurie. On soupçonne la torsion d'un pédicule ovarien. Petite tumeur hypogastrique. Corps en forme de corde dans le fornix droit. Tumeur sensi- ble à gauche.		Mort 3 se- maines après l'ablation de la tumeur, à la suite d'une oc- clusion intes- tinale pour laquelle il y eut opération (décès 1 mois après cette opération).

CARACTÈRES DE LA TUMEUR	PARTIES VOISINES ENVAHIES	OPÉRATEUR	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
Cancer avancé papillomateux de la trompe droite, envahissent l'ovaire. Cancer de la trompe gauche n'envahissant pas l'ovaire. Dégénérescence kystique des ovaires et des trompes.	A l'autopsie, dépôts cancéreux dans le foie, la muqueuse utérine, les ganglions pelviens.	Westermarck.	Westermarck et Quensel. — <i>Nordiskt. med. Arkiv.</i> , vol. XXIV, 1892. <i>Centralblatt f. gynak.</i> , 1893, p. 272 et 1497.
Cancer papillomateux de la partie externe de la trompe. Une certaine longueur du côté de l'utérus est intacte.		Sænger.	Sænger, dans MARTIN, <i>Krankheiten der Eileiter</i> , p. 253.
Enorme tumeur de la forme d'une saucisse. Masses papillomateuses proliférantes sur les parois internes (carcinome papillaire ou carcinome adéno-papillomateux).	Rien ailleurs. Ovaire atrophié. Pas de trace de cancer dans sa substance.	Léopold.	Fearn. — <i>Arbeiten aus der Königl. Frauerklinik</i> . Dresden, vol. II, p. 337.
Masse de villosités avec pédoncule poussant sur les parois de la trompe. La masse était épithéliomateuse. Nombreux grumeaux et sérum dans la trompe dilatée.	Au moment de l'opération, pas d'extension visible. Utérus et annexes du côté opposé normaux. Circulation, respiration, digestion intactes.	Anger.	Tuffier. — <i>Annales de gynécologie et d'obstétrique</i> , 1894, vol. XLII, p. 202.
Masse cancéreuse spongieuse dans la trompe. Celle-ci est obstruée à sa terminaison abdominale, contiguë à une tumeur kystique de l'ovaire.	« Evidence d'infection aux limites des parties enlevées à l'opération. » Plaques cancéreuses à la surface du kyste ovarien. Pas de nécropsie.	Cullingworth.	Cullingworth et Shattock. — <i>Trans. obst. Soc.</i> , vol. XXXVI, 1894, p. 307.
Végétations papillomateuses dans les 2 trompes qui étaient fortement élargies. Cancer papillaire. Kyste tubo-ovarien droit.	Pas de cancer de l'utérus ni des ovaires. Pas de traces d'affection maligne dans l'abdomen, après la mort.	Warnek.	Warnek. — <i>Nouv. Arch. d'obst. et gyn.</i> , 1893, p. 81.

N°	AGE Etat civil	Nombre d'enfants. Date de la ménopause	Côté de la tumeur	PRINCIPAUX SYMPTOMES	Durée des symptômes avant l'opération	RÉSULTAT de l'opération
13	Méno- pause.		D et G	Ecoulement de pus. Tu- meur semblable à un pyo- salpynx droit.		Mort de cachexie.
14	58 ans. M	1 enfant. Ménopause 12 ans.	D	Depuis 18 ans tumeur de l'abdomen. Récemment forte douleur. Mauvaise santé et accroissement de la tumeur.	18 ans.	Incomplète Convalescence au moment de la communi- cation.
15	46 ans. M	3 enfants. réglée toutes les 3 semaines	D et G	Aménorrhée 2 mois, puis hémorrhagie interne. Tumeur hypogastrique qui disparut après atteinte de coliques. Pas de leucorrhée séreuse. Masses emplissant les 2 for- nix et le Douglas.	8 mois.	Guérison 8 mois après l'opération masse du lume du poi- dans le bas-
16	40 ans. M	1 avorte- ment dont guérison avant la maladie	D et G	Ecoulement jaune. 7 mois. Douleur hypogastrique. Les règles cessent 3 mois et re- viennent. Tumeur ovale éten- due au-dessus de l'ombilic. Collection dans le Douglas.	Plus de 7 mois.	Guérison Mort 7 mois après l'opé- ration. Pas nécropsie.
17	45 ans. M 20 ans.	Stérile. Menstrues irréguliè- res. Dysmé- norrhée.	G	Dysurie. Douleur à la défécation. Tumeur hypo- gastrique. Vaste tumeur pel- vienne très tendue. Utérus antéversé et adhérent.	1 mois.	Guérison (ablation de annexes ga- ches), bon état quelques mois après.
18	45 ans. M	1 enfant 23 ans. Grossesse normale.	D et G	Dysurie. Douleur, masse fluctuante de chaque côté d'un utérus fibromateux. Pas d'écoulement, tempéra- ture élevée.	14 jours.	Guérison après ablati- on de l'utérus des annexes Mort 7 mois après par- ticide.

CARACTÈRES DE LA TUMEUR	PARTIES VOISINES ENVAHIES	OPÉRATEUR	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
Cancer papillaire et suppuration des 2 trompes.	Ganglions inguinaux et rétro-péritonéaux.	Von Eosthorn. — Hystérectomie vaginale : ablation des annexes droites. On laisse la trompe gauche.	
Masse cancéreuse papillaire dans la trompe droite kystique. Communication, avec un grand kyste ovarien.	Pas de traces de cancer dans l'utérus, les annexes, le péritoine.	Chrobak. — Utérus et annexes enlevés. Une partie de la tumeur ovarienne ne put être enlevée, elle fut fixée au tronçon utérin, dans la plaie abdominale.	Knauer. — <i>Centralblatt f. gynäk.</i> , 1895, p. 574.
Cancer papillomateux des trompes dilatées et pleines de liquide séro-sanguinolent. Chondrification d'une partie de la paroi de la trompe gauche.	Lors de l'opération, pas de signe de cancer dans les organes voisins.	Lebedeff.	Miknoff. — PÉAN : <i>Diagn. et trait. des tumeurs de l'abdomen</i> , vol. III, p. 564.
Cancer papillomateux de la trompe. La trompe droite formait un grand kyste. La trompe gauche ne put être enlevée. Elle était adhérente aux parties voisines, par propagations néoplasiques.	Masses métastatiques dans les viscères abdominaux et l'épiploon. Peu d'ascite.	Fischel.	<i>Prager med. Wochenschr. f. Heilkunde</i> , vol. XVI, 1895, p. 143.
Papillome malin de la trompe gauche. Ovaire gauche. La trompe droite et l'ovaire droit sont sains.	Adhérence à l'intestin grêle peut-être infectée.	Eckardt.	Eckardt. — <i>Archiv. f. gynäk.</i> , vol. III, 1897, p. 183.
Chaque trompe formait une vaste tumeur contournée contenant un papillome malin.	Intestin probablement infecté « nombreuses adhérences solides ». Séparation au moment de l'opération.	Watkins (Chicago).	Watkins. — <i>Americ. gyn. and obst. journal</i> , vol. XI, 1897, p. 272.

N ^o	AGE Etat civil	Nombre d'enfants. Date de la ménopause	Côté de la tumeur	PRINCIPAUX SYMPTOMES	Durée des symptômes avant l'opération	RÉSULTAT de l'opération
19	46 ans. M	3 enfants, le dernier à 23 ans. Ménorrhée 3 ans.	D et G	Leucorrhée et douleurs dans la fosse iliaque gauche. Empatement dans chaque fornix latéral.	Plus d'1 an, douleurs hypogas- triques, 3 ans.	Guérison (?) après ablation de l'utérus et des annexes. 2 juin 1897.
20	43 ans. M	O	D	Leucorrhée après froid ; 4 mois après douleur abdo- minale. Ecoulement aqueux. At- teinte semblable 3 mois après; empatement des deux fornix. Ecoulement aqueux constant.	Plus de 10 mois.	Guérison. Pas de réci- dive décou- verte lors d'un examen 4 mois après.
21	60 ans.	O ménopau- se à 50 ans.	G	Pas d'antécédents abdo- minaux. Depuis 1 an pertes san- guinolentes. Un mois avant l'opération, tumeur siégeant derrière l'utérus et sur le flanc gau- che. Diagnostic porté est tumeur maligne de l'ovaire.	1 an.	Guérison. Récidive.

Cancer de la trompe de Fallope communiquant

22 A	50 C.	L'utérus ressem- blait à ce- lui d'une multipare. Pas encore ménopau- se.	D	Ecoulement de sang peu de mois avant l'entrée. Dou- leur hypogastrique 3 jours avant la mort.	Malade 4 mois.	Pas d'opéra- tion.
23 B	60 ans. M	Stérile. 50 ans.	G	Tumeur abdominale. Ecou- lement abondant de liquide jaune par le vagin, la tumeur diminuant. Phlébite jambe gauche.	2 ans.	Guérison de- l'opération, 22 novembre 92. Perdue de vue.
24 C	58 ans	1 enfant.	?	Depuis 3 ans, inflammation hypogastrique. Depuis 18 ans, tumeur stationnaire de l'abdomen. Depuis 1 an, douleur hy- pogastrique. Cystite. A la fin, le kyste remplit l'abdo- men.	18 ans tumeur. 1 an symptô- mes aigus.	Bon état 3 mois après l'opération.

(1) La description histologique de cette tumeur est exposée à l'anatomie pathologique.

CATACTÈRES DE LA TUMEUR	PARTIES VOISINES ENVAHIES	OPÉRATEUR	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
« Cancer villeux cylindro-épithélial » des 2 trompes. La gauche est plus atteinte. Ovaires sains.	Une petite zone de cancer dans le canal du col que Hofbauer déclare être indépendant de l'affection salpingienne.	Schauta.	Hofbauer. — <i>Arch. f. gynec.</i> , vol. LV, 1898, p. 316.
Trompe droite, remplie de papillome malin.	Aucune.	Meredith.	Hubert Roberts. — <i>Trans. obst. Soc.</i> , vol. XL, p. 189.
Néoplasme de la trompe.	Ovaire kystique. Annexes droites saines. Pas de propagation visible.	?	Roberts. — <i>Société obstétricale de Londres</i> , 1 ^{er} mars 1899.

avec un kyste par l'ouverture du pavillon.

Masse cancéreuse médullaire à l'orifice du pavillon. Communication avec un kyste externe à la trompe et à l'ovaire.	Pas d'extension aux parties voisines ni ailleurs.	O	W. Essex. Wynster. — <i>Trans. path. Soc.</i> , vol. XLII, p. 222.
Papillome cancéreux des parois de la trompe, l'ostium s'ouvre dans un kyste du volume d'une tête d'adulte. Ovaire non trouvé.	Rien ailleurs.	Routier.	Routier. — <i>Bulletin et mémoire Soc. chirur.</i> Paris, vol. XVIII, 1892, p. 753. <i>Annales de gynec. et d'obst.</i> , vol. XXXIX, 1893, p. 39.
Kyste tubo-ovarien avec cancer primitif de la trompe adjacente à ce kyste.	Adhérence intime de kyste aux parties voisines (ou à la sixième partie).	Savor.	Savor. — « Cystitis crouposa bei savoreni Harn ». <i>Wiener. klin. Wochenschr.</i> , vol. VIII, 1895, p. 775.

Conclusions.

I. — Les tumeurs papillaires de la trompe de Fallope sont relativement rares puisque depuis 1879, année pendant laquelle Alban Doran a signalé le premier cas, 33 observations ont été publiées, dont 9 relatives à des tumeurs bénignes et 24 à des tumeurs malignes.

II. — Ces tumeurs papillaires sont contenues dans une poche kystique développée aux dépens de la trompe, sans altération de la paroi de celle-ci. Elles ont l'aspect macroscopique des papillomes des organes génitaux externes.

III. — Bénignes, ces tumeurs répondent histologiquement au type adénome et papillome. Malignes, au type épithéliome.

IV. — Bénignes, la tumeur papillaire de la trompe paraît être une séquelle d'une salpingite légère, de quelque nature qu'elle soit. Maligne, elle peut être primitive ou n'être qu'un stade plus avancé dans l'évolution de la tumeur dite bénigne.

V. — Ces tumeurs constituent un groupe de salpingites à évolution lente, sans grande réaction inflammatoire, sans douleurs considérables (à moins de complications).

VI. — Elles ont les caractères physiques des salpingites kystiques. Elles s'accompagnent souvent d'un écoulement spécial dû à une sécrétion dont le point de départ est une fonte hyaline de l'épithélium de revêtement.

VII. — Cet écoulement, d'apparence gommeuse, s'échappant par l'ouverture péritonéale donne naissance à de l'ascite généralisée si la cavité péritonéale est libre — à une tumeur intermittente (poche enkystée dont le liquide se résorbe) si des cloisonnements se sont produits dans les environs de la tumeur. — Si le liquide s'échappe par la voie utéro-vaginale, il donne lieu à un écoulement abondant et intermittent.

VIII. — On ne peut rien préciser, quant à présent, au point de vue pathogénie, pronostic et diagnostic de ces tumeurs papillaires de la trompe, sur lesquelles nous croyons utile d'attirer l'attention.

Vu :

Le Président de la thèse,

F. GUYON.

Vu :

Le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GREARD.



FIG. 8. — Adéno-papillome de la trompe de Fallope à un faible grossissement.

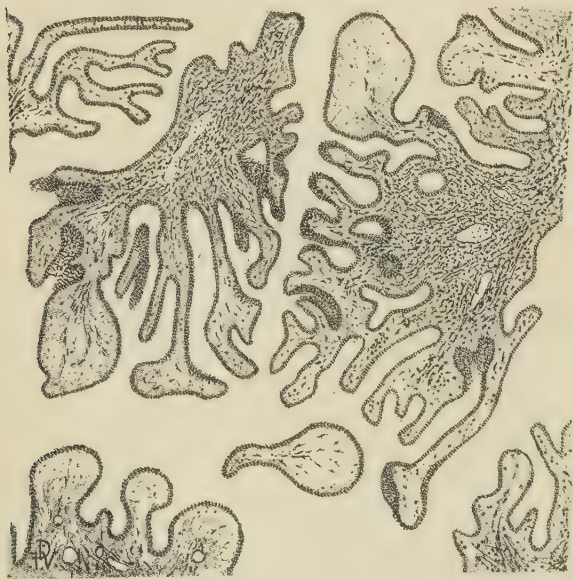


FIG. 9. — Adéno-papillome de la trompe de Fallope à un fort grossissement.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Albutt and Playfair.** — *A system of gynecology*, 1896, p. 803 ; article: Maladies des trompes, par A. DORAN.
- Bonnet et Petit.** — *Traité pratique de gynécologie*, 1894, p. 457.
- Bumm.** — Etiologie des papillomes génitaux, *Fortschritte der Medicin*, n° 24, 1886, p. 701.
- Cazenave.** — *Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastase péritonéale*, thèse Paris, 1895.
- Chifoliau, Jacomet et Merklen.** — Salpingite et appendicite, *Bull. Soc. anat.*, 1897.
- Cullingworth et Shattoch.** — *Transac. obst. Soc.*, vol. XXXVI, p. 307.
- Dixon.** — *American journ. of obst.*, 1893.
- Dolérís.** — Tumeur végétante de la muqueuse tubaire, *Bull. Soc. obst. et gyn.*, Paris, 1890.
- Dolérís et Macrez.** — Du papillome endo-salpingitique, *Journal La Gynécologie*, 1898, p. 289.
- Alban Doran.** — Papilloma of the Fallopian tube associated with ascitis and pleuritic effusion, *Trans. path. Soc.*, vol. XXXI, 1880, p. 174.
- *Transac. path. Soc.*, vol XXXVIII, p. 241.
- Papilloma of both Fallopian tubes and ovaïres, *Trans. path. Soc.*, XXXIX, p. 201.
- Papilloma of the Fallopian tube and the relation of hydroperitoneum to tubal disease, *Trans. obst. Soc.*, vol. XXVIII, p. 229.
- *Trans. obs Soc.*, vol. XXIX, p. 186.
- Primary cancer of the Fallopian tube, *Trans. path. Soc.*, vol. XXXIX, p. 208 et vol. XI, p. 221.
- *Trans. path. Soc.*, XLI (1890), p. 202.
- Eberth et Kaltenbach.** — Pathologie des trompes. Papillomes tubaires, in *Répertoire univ. d'obst. et gyn.*, 1889, p. 377. *Zeitschrift. f. Geburt. u. Gynäk.*, vol. XVI, fas. 2 (1889).
- Godart.** — *Annales de l'Institut Ste-Anne*, Bruxelles, n° 4, mars 1896 (n'existe pas à la bibliothèque de l'Ecole de médecine).

- Imlach.** — *British medical Journal*, 7 nov. 1885.
- Labadie-Lagrave et Legueu.** — *Traite médico-chirurgical de gynécologie*.
- Landau et Rheistein.** — *Arch. f. Gyn.*, vol. XXXIX, 1896, p. 273.
- Montprofit.** — *Bulletins Soc. anat.*, 1893, p. 505.
- Orthmann.** — Ueber carcinoma Tubæ, *Zeitschr. f. Geburt.*, vol. XV (1888), p. 212.
- Péan.** — *Diag. et trait. des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, vol. III, p. 547-571.
- Pozzi.** — *Traité de gynécologie*, III^e éd., 1897.
- Quénu.** — De l'ascite dans les tumeurs de l'ovaire, *Rev. de chirurg.*, 1887, VII, p. 543.
- Tumeurs végétantes des deux ovaires. De l'ascite dans les tumeurs abdominales, *Bull. et Mém. Soc. chirurg.*, 1886, XI, p. 720-729.
- Reymond.** — *Bact. et anat. path. des salpingo-ovarites*, th. Paris, 1895.
- Routier.** — *Bull. et Mém. Soc. chir.*, vol. XVIII, 1892, p. 753.
- *Ann. de gynec. et obst.*, vol. XXXIX, 1893, p. 39.
- Sænger.** — Dans MARTIN, *Krankheiten der Eileiter*, p. 253, p. 286.
- Schrøder.** — *Die Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane*, 1886, p. 361 et 375.
- Sébileau.** — *Les épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital de la femme*, th. Paris, 1889.
- Bland Sutton.** — *Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes*, 1 vol.
- Spencer Wells.** — *Diagnosis and Surgical treatment of abdominal tumours*, 1885, p. 168.
- Tuffier.** — *Annales de gyn. et d'obst.*, vol. XLII, 1894, p. 203.
- Warnek.** — *Nouvelles archives d'obst. et de gyn.*, 1895, p. 89.
- Westermark et Quensel.** — *Nordeskt. med. Ark.*, vol. XXIV, 1892. *Centralblatt. f. Gynäk.*, 1893, p. 272.

(Voir les index bibliographiques des tableaux des observations.)

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION.	5
Historique	11
Anatomie pathologique.	13
Anatomie macroscopique	13
Anatomie microscopique	18
Symptomatologie.	28
Nature et pathogénie.	35
Pronostic. Diagnostic. Traitement.	43
Observations.	45
Tableaux des tumeurs bénignes.	71
Tableaux des tumeurs malignes	77
CONCLUSIONS	87
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	91

